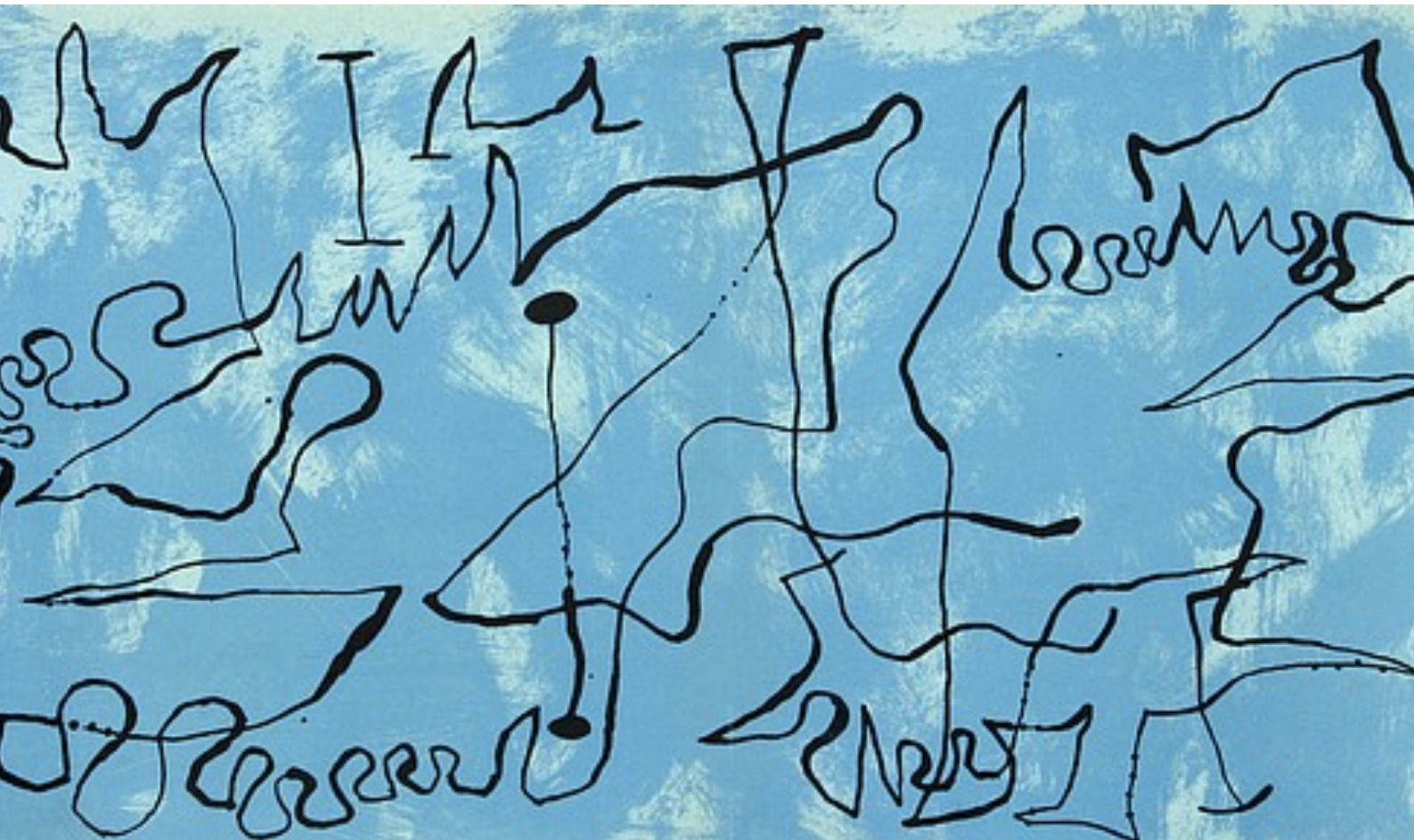


Aantrekkelijke gezondheidszorg als gemeenschappelijk ideaal?



Miró, Dessaigne V, 1956

Aantrekkelijke gezondheidszorg als gemeenschappelijk ideaal?

Een onderzoek naar de pilot 'Excellente Zorg' waarbij belangenverenigingen en ziekenhuizen de handen ineen slaan om de kwaliteit van zorg voor de patiënt te verbeteren door de verpleegkundige als professional te behandelen.

Masterthesis Research in Public Administration and Organizational Sciences

Imre Tjisse Klasen

Studentnummer: 3325385

Begeleiders: Marja Gastelaars & Peter Leisink

Juni 2010



VOORWOORD

Een kenmerk van zowel mijn profielwerkstuk en bachelorthese als deze masterscriptie is een abstract kunstwerk op de kaft. Ditmaal heb ik gekozen voor Miro, 1956. Voor mij staat dit werk voor complexiteit, chaos, verbanden en verbinden. De complexiteit van processen, in dit geval van het project 'Excellente Zorg'. De chaos in alle mogelijke data die ik in 9 maanden verzameld heb en de verbanden die ik heb gevonden en gecreëerd. De verbindingen die ik heb gelegd tussen theorie en praktijk, tussen mijn scriptie en mijn loopbaan, tussen cultuurwetenschappen en bestuurskunde.

De onderzoeksmaster bestuurs- en organisatiekunde heeft bij mij in het teken gestaan van de strijd tussen de paradigma's. Cultuurwetenschappelijke nuance en ambiguïteit? Bestuurskundige modellen en onderzoeksoptellingen? Langzaam maar zeker heb ik me de bestuurskunde en haar nuance eigen weten te maken, daar is deze scriptie het bewijs van. Qua stijl nog met een hoop 'je', 'ik' en door niet iedereen gewaardeerde abstracte tussenkopjes. Qua vorm zo gestructureerd als voor mij mogelijk en wenselijk is.

De strijd tussen de paradigma's was niet altijd makkelijk, maar ik heb hem doorstaan. Daarvoor wil ik een aantal mensen bedanken.

Alle mensen van het project 'Excellente Zorg' die mij mijn gang lieten gaan, daar in die vergadering, bij de koffie-automaat en op die bijeenkomsten. Speciaal bedankt voor alle mensen die hun energie en tijd hebben gestoken in mijn interviews.

Marcel en José van het OLVG, die mij door de dagelijkse praktijk in het ziekenhuis enthousiast konden maken.

Aad voor zijn begeleiding vanuit het OLVG, voor scherpe gesprekken en de mogelijkheid 'Excellente Zorg' van dichtbij te bestuderen.

Marja en Peter voor de wetenschappelijke begeleiding.

Maaïke, Sven en Marijke voor het meelesen en het samen op zoek gaan naar mijn eigen balans tussen de paradigma's.



INHOUDSOPGAVE

Inleiding	p. 5
Onderzoeksopzet	p. 7
Methodologie	p. 10
Benadering	p. 14
Het project	p. 16
De inspiratie: Magnet	p. 21
Analytisch kader	p. 23
Resultaten	p. 33
Analyse	p. 59
Conclusie	p. 79
Literatuurlijst	p. 82



INLEIDING

Vijf minuten lopen vanaf metrostation 'Wibautstraat', naast het Oosterpark in Amsterdam, ligt het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG). Dit ziekenhuis opende haar deuren in 1898 en staat (inmiddels) bekend als het beste ziekenhuis in Amsterdam. Ongeveer 2800 medewerkers zetten zich in voor het welzijn van ongeveer 550 patiënten.

Wanneer je het ziekenhuis binnenkomt in een grote, lichte welkomsthal, valt het vriendelijke onthaal van de receptie meteen op. Volgens de website "[koppelt] het ziekenhuis topklinische patiëntenzorg aan een grote mate van gastvrijheid; de patiënt staat centraal. Uitgangspunten zijn integriteit en respect voor mensen. Toonaangevend en vernieuwend zijn sleutelwoorden in de bedrijfsvoering." (olvg.nl)

De aandacht voor innovatie en ontwikkeling binnen de organisatie, is terug te zien in het belang dat het OLVG hecht aan Human Resource Management. In de werkkamer van de directeur HR hangt een krantenartikel uit het NRC Handelsblad: "OLVG Top Werkgever Nederland 2009" aan de muur. Minder blij is hij met het feit dat het OLVG zes plaatsen is gedaald in de 'AD ziekenhuis top-100', maar dat nuanceert hij onmiddellijk: "daarmee hebben we nog altijd de beste score van alle Amsterdamse ziekenhuizen'.

Maar volgend jaar moet het beter, aldus de directeur HR. Daarom heeft het OLVG zich verenigd in een verband van samenwerkende ziekenhuizen: Santeon. Behalve het OLVG hebben het Catharina Ziekenhuis Eindhoven, het Martini Ziekenhuis Groningen, Medisch Spectrum Twente in Enschede, het St. Antonius in Nieuwegein en het Canisius Ziekenhuis in Nijmegen zich in 2007 aan elkaar verbonden. Deze ziekenhuizen, strategisch verspreid over het hele land laten zich graag voorstaan op hun onderscheidende kwaliteit van zorg.

Van september 2009 tot en met mei 2010 is Santeon één van de deelnemers van de pilot 'Excellente Zorg'. Dit project is geïnitieerd door de Nederlandse Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Twee belangenverenigingen, zes ziekenhuizen en zes zorginstellingen willen *door middel van aandacht voor de verpleegkundigen en de patiënten de kwaliteit van zorg verbeteren*. Aan de basis van dit project staat het Amerikaanse 'Magnet' model, dat is gebaseerd op de aanname dat verpleegkundigen betere zorg leveren en zich beter voelen in hun organisatie, wanneer zij aangesproken worden als professionals. (voor verder verdieping 'de inspiratie: magneet, p. 16). Verplegen is vakmanschap, in de visie van Santeon. Verpleegkundigen moeten de bijbehorende verantwoordelijkheden en autonomie krijgen. Opleidings- en ontplooiingsmogelijkheden stimuleren verpleegkundigen in hun werk. Het management heeft een ondersteunende functie. Nu is de verpleegkundige nog te vaak ondergeschikt aan de arts en nemen administratieve klussen een groot deel van de werktijd in beslag. Een verpleegkundige die zich inzet voor de zorg voor de patiënt is gemotiveerder dan een verpleegkundige die met name patiëntgegevens moet registeren. Een gemotiveerde

verpleegkundige zal beter presteren aan het bed van de patiënt, zo is de gedachte. De zes eerdergenoemde ziekenhuizen zetten zich in voor 'Excellente Zorg' om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, door aandacht te besteden aan de verpleegkundige als professional.

Nederland heeft bij monde (en subsidie) van het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport gekozen voor een dubbel traject dat kwaliteit van zorg in bredere zin centraal stelt. De pilot 'Excellente Zorg', die van 1 juli 2009 tot en met 1 maart 2010 liep, focust zowel op de vertaling van het Amerikaanse 'Magnet' concept naar de Nederlandse situatie, als op een aparte pijler die de patiënttevredenheid moet bewaken. Een combinatie van goede zorg voor verpleegkundigen met goede zorg voor patiënten en een heldere inbedding in de organisatie moet leiden tot 'Excellente Zorg'. De zes ziekenhuizen van Santeon willen tegelijkertijd werken aan de kwaliteit van zorg het het profileren van de ziekenhuizen in de markt.

'Excellente Zorg' is een spannend en complex traject dat op 1 juli 2009 van start gaat. Het tekort aan verpleegkundigen in de gezondheidszorg kan in de toekomst grote problemen voor de kwaliteit van zorg opleveren. Een combinatie van kwaliteit van zorg voor de patiënt met een hoogwaardige organisatiestructuur is een uitdaging voor alle zorginstellingen. 'Excellente Zorg' probeert een model te ontwikkelen voor deze problemen. De verwachtingen, van de Santeon-groep en de belangenverenigingen, zijn hooggespannen. Maar wat gebeurt er nu eigenlijk? Hoe vormt dit project ter verbetering van de kwaliteit van zorg zich? En hoe proberen ziekenhuizen, belangenverenigingen en bestuurders de verwachtingen waar te maken? Lukt het daarbij om de handen ineen te slaan en daadkrachtige besluiten te nemen?

Dit onderzoek wil het uitdagende proces van 'Excellente Zorg' in het netwerk van de zes ziekenhuizen in kaart te brengen. Hierbij zullen interorganisationale samenwerking en besluitvorming uitgangspunt van de analyse zijn. De focus ligt op de samenwerking tussen de V&VN, de NPCF, Santeon en het ministerie. Het OLVG, één van de zes Santeon-ziekenhuizen, wordt daarnaast gebruikt als casus. De casus dient om de wisselwerking tussen besluitvorming in projectcontext en besluitvorming binnen een individuele organisatie te laten zien.

Vanuit een veronderstelling van sociale constructie (Berendsen, 2007) zal ik het verloop van het project onderzoeken. Door te kijken naar betekenisgeving, strategie, macht, en rationale argumenten zal ik het project analyseren. Ik kies hierbij voor het bestuderen van de procesmatige kant van het project. De informatie over de inhoud is hierbij noodzakelijk om het proces te kunnen begrijpen en om rijke beschrijvingen mogelijk te maken.

Ik hoop de lezer inzicht te geven in het complexe proces van besluitvorming en samenwerking, hem of haar sensitiever te maken voor voor belangen, strategie en verschillende posities. Daarnaast wil ik aandacht vragen voor een nieuw initiatief ter verbetering van de kwaliteit van zorg.



ONDERZOEKSOPZET

Dit onderzoek richt zich op de besluitvorming en samenwerking binnen het project 'Excellente Zorg' waaraan twee belangenverenigingen en zes ziekenhuizen deelnemen. Om dit proces te onderzoeken heb ik een onderzoeksvraag met bijbehorende deelvragen opgesteld.

Hoofdvraag:

Hoe verloopt het proces van het project 'pilot Excellente Zorg', en hoe is dat proces te duiden vanuit de perceptie van verschillende betrokken partijen?

Deelvragen

1. Binnen welke context is het project 'Magnet' tot stand gekomen?
2. Hoe is het proces van 'Magnet' tot 'Excellente Zorg' verlopen?
3. Welke invloed heeft betekenisgeving op de samenwerking in het traject 'Excellente Zorg'?
4. Welke rol spelen rationele argumenten in het besluitvormingsproces 'Excellente Zorg'?
5. Welke rol spelen macht, belangen en strategische argumenten in het procesverloop van 'Excellente Zorg'?
6. Hoe is de betekenisgeving van het proces van 'Excellente Zorg' vanuit het OLVG te begrijpen en welke gevolgen heeft dit voor hun deelname aan de projectgroep?

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in het complexe proces van besluitvorming (March, 1994), samenwerking (Schruijer & Vansina, 2004) en ontwikkeling (Pattigrew, 1997) in het traject 'Excellente Zorg'. Het traject wordt qua tijdsperiode afgebakend door de tijd van het pilotproject te bestuderen, volgens de bij VWS ingediende subsidie van 1 juli 2009 t/m 4 juni 2010. Ik wil graag inzicht bieden in hoe dit proces verloopt en hoe dit aan de hand van rationele argumenten, de politieke machtsstrijd en de context te interpreteren is. Mijn ambitie daarbij is door relaties te leggen ook een deel van het verloop van het proces te verklaren.

Wat ik niet doe

Allereerst doe ik aan de hand van dit onderzoek geen uitspraken over de mensen op de *werkvloer*, om wie het gehele project draait. Hoewel een aantal verpleegkundigen als vertegenwoordigers deelnemen aan de projectgroepen, vinden de voornaamste voorbereidingen plaats in vergaderkamers. Pas in de loop van het traject kunnen verpleegkundigen op de werkvloer door informatiebijeenkomsten en vragenlijsten iets merken van wat er besloten is. Wat verpleegkundigen of patiënten van het traject vinden zal ik dus niet meenemen.

Daarnaast zal ik ook geen uitspraken doen over de *implementatie* van het traject. Hoewel ook in de voorbereiding het veld wordt klaargestoomd en hoewel besluitvorming en implementatie niet volledig los van elkaar staan, draait dit onderzoek om het besluitvormingsproces. Daarbij focus ik op welke keuzes zijn gemaakt en niet hoe die keuzes

in de praktijk uitvallen. Het project 'Excellente Zorg' is een pilot, waarbij de implementatie pas in 2011 wordt verwacht.

Het gehele project 'Excellente Zorg' loopt bij zes zorginstellingen en zes ziekenhuizen. Dit onderzoek zal zich alleen richten op de deelname van de ziekenhuizen in het project en zal de zorginstellingen buiten beschouwing laten.

Tot slot ben ik niet mee geweest naar Amerika, waar veel sleutelfiguren bijeen zijn gekomen en met name informeel hun zegje hebben kunnen doen. Hierdoor mis ik een schakel in het gehele plaatje, iets wat ik voor lief heb genomen en waar ik in de informele gesprekken extra aandacht aan heb besteed. Ook was het voor mij niet mogelijk om de vergaderingen van de stuurgroep te bestuderen. Voor een deel is deze stuurgroep voor 1 september 2009 - de startdatum van mijn onderzoek - bijeengekomen. Ik had geen toestemming om bij de twee vergaderingen die in 2010 hebben plaatsgevonden aanwezig te zijn. Ik heb ik mijn informatie over die vergaderingen bij de deelnemers ingewonnen.

Theoretische relevantie

Dit onderzoek probeert op drie manieren wetenschappelijke leemtes te vullen.

In de eerste plaats is dit onderzoek een verdieping op het proces van besluitvorming in de zorg. In de wetenschappelijke literatuur is veel aandacht voor de keuze tussen beleidsalternatieven. Hierbij is echter weinig aandacht voor de complexiteit van organisaties en de subtiliteit van verandering (Duck, 1993). Dit onderzoek zal uitgaan van een complexe verandering, waarbij verschillende factoren, zoals structuur, cultuur en emotie, op elkaar inspelen.

In de tweede plaats wordt in dit onderzoek specifiek ingegaan op de rol van partijen en samenwerking in verandertrajecten. Van Dijk et al. (2004) constateren dat er nauwelijks wetenschappelijke kennis over de werking van dominante coalities en afzonderlijke partijen is als het gaat om HRM in zorginstellingen. Juist omdat deze samenwerking volgens Schruijer (2007) van groot belang is voor de uitkomsten van een project, vormt dit onderzoek een aanvulling op bestaande literatuur.

Tot slot vormt dit onderzoek verdieping van de huidige literatuur over complexe processen. Berendsen (2007) en Bailey (1977) laten zien welke complexe processen voor en achter de schermen van een dergelijk project plaatsvinden. Pattigrew (1997) geeft het belang aan van onderzoek naar de relatie tussen processen en uitkomsten. Dit onderzoek zal hierop reflecteren.

Maatschappelijke relevantie

De kwaliteit van zorg is een belangrijke kwestie in het Nederlandse publieke debat. Zorg moet betaalbaar en kwalitatief hoogstaand zijn, het concept 'Excellente Zorg' en de aandacht voor de verpleegkundige kan daaraan een bijdrage leveren. Dit onderzoek biedt inzicht in het debat rondom de rol van de verpleegkundige in de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Ook laat ik zien hoe verschillende ziekenhuizen naar verbeteringen kijken en de manier waarop zij zich ontwikkelen met het oog op een toekomst van concurrentie, marktwerking, een tekort aan personeel en minder financiële middelen. 'Excellente Zorg' is een manier om bij de tijd te blijven, te anticiperen op toekomstige problemen en een plaats op de markt te veroveren.

Steeds vaker slaan verschillende zorginstellingen de handen ineen, dit onderzoek zal mogelijkheden tot interorganisationele samenwerking (Schruijer, Vansina, 2007) onderzoeken. Bovendien zal het project zijn weerslag kennen. In de pilot wordt bepaald op welke manier de gegevens, gedachten en visie uit Amerika overgenomen kunnen worden. Het proces dat daaraan ten grondslag ligt, zal ik onderzoeken.



METHODOLOGIE

Omdat de pilot 'Excellente zorg' nog niet eerder onderzocht is en wetenschappelijke beschouwingen over de concrete invulling van de voorbereidingen in een besluitvormingsproces schaars zijn, heb ik gekozen voor een verkennend onderzoek met kwalitatieve methoden. Het lokale en niet het generieke is hierbij uitgangspunt. Het theoretisch kader zal voornamelijk gebruikt worden als observatiekader en om te begrijpen wat er in het project gebeurt. (Boeije, 2010: 5).

Boeije (2010) geeft drie belangrijke kenmerken van kwalitatief onderzoek: (1) betekenisgeving staat centraal (2) er wordt een flexibele benadering van onderzoeksmethoden gebruikt, gericht op het mogelijk maken van contact (3) productie van rijke kwalitatieve gegevens. In dit onderzoek kijk ik naar de rol die betekenisgeving heeft in het proces 'Excellente Zorg'. Hierbij staat centraal hoe mensen tegen het project (en haar doelen, uitgangspunten en beperkingen) aankijken, en daar vervolgens naar handelen. Uit de keuze voor observatieonderzoek blijkt mijn visie dat contact met de praktijk een voorwaarde is voor daadwerkelijke kennis over de praktijk. Om voortdurend een open blik te hebben en de mogelijkheid tot 'emerging worlds' open te houden, is een flexibele onderzoekshouding noodzakelijk. Tot slot zal in mijn onderzoek de nadruk liggen op voorbeelden en rijke beschrijvingen (Boeije, 2010) om de lezer een zo goed mogelijk beeld van de complexe praktijk te kunnen verschaffen.

De rol van theorie en literatuur binnen kwalitatief onderzoek is omstreden (Boeije, 2010: 21). Enerzijds willen onderzoekers met een open blik het veld in gaan en zich laten leiden door de data. Anderzijds is het niet wenselijk dat het wiel telkens opnieuw wordt uitgevonden. Gericht kijken kan specifiekere data opleveren. In dit onderzoek zijn de onderzoeksvragen een voorlopige leidraad en geen vaststaand resultaat. Hierbij geeft het analytisch kader inzicht in de mogelijkheden en de beperkingen van het onderzoek. Daarnaast faciliteert een theoretisch overzicht de analyse (Boeije, 2010: 23). Het analytisch kader biedt een specifieke focus en aanleiding om concepten te onderzoeken. De data blijven echter leidend en gedurende het gehele proces van onderzoek, wordt gezocht naar theorieën en begrippen om de alledaagse praktijk inzichtelijk te maken.

In navolging van vele kwalitatieve wetenschappers, veronderstel ik dat individuen een actieve rol hebben in de constructie van de sociale werkelijkheid (Boeije, 2010: 6). In het project 'Excellente Zorg' construeren de verschillende partijen ieder op hun eigen manier de werkelijkheid van 'kwaliteit van zorg'.

Binnen het kwalitatief onderzoek is gekozen voor het uitvoeren van een procesanalyse. Hierin onderzoek ik de concrete praktijk van het institutionele sociale leven in ontwikkeling

(Berendsen, 2007). Om deze specifieke casus in zijn geheel te onderzoeken is gekozen voor drie typen van kwalitatief onderzoek.

1. Observaties: door het bijwonen van bijeenkomsten omtrent 'Excellente Zorg' is het mogelijk om de kleine stappen die in het besluitvormingsproces worden genomen direct te observeren en de argumenten die daarbij worden gebruikt te analyseren. De observaties maken het mogelijk om de interpretatie van het project door verschillende partijen in kaart te brengen. Een belangrijk voordeel hiervan is "dat de onderzoeker goed op de hoogte is van de context waarin de geobserveerde gedragingen, de gegeven toelichtingen, en eventueel de verzamelde documenten (...) hun plaats hebben (Ten Have, 1996). In dit onderzoek naar de besluitvorming en samenwerking van een projectgroep is deze context speciaal van belang. Een ander voordeel van observaties is de mogelijkheid om "het gewone als vreemde te beschouwen" (Berendsen, 2007:17). De dagelijkse praktijk aan onderhandelingen, projectvoeringen en de organisatie van managementplannen, worden voor mij als onderzoeker het onderwerp van studie. Zo worden in de observaties van de vergaderingen duidelijk hoe verschillende partijen omgaan met het project. Zij spreken hun visie uit, geven voorkeuren aan en bespreken de samenwerking tussen de verschillende partijen. In de observaties binnen het OLVG wordt duidelijk hoe mensen in het ziekenhuis vervolgens reageren op besluiten en hoe deze vertaald worden naar de praktijksituatie. De grootste nadelen van de keuze voor observatie is de aanwezigheid van het 'onderzoekereffect' en meer interpretatierisico in de dataverzameling. (Berendsen, 2008:26) . De aanwezigheid van het onderzoekereffect kan nooit helemaal voorkomen worden. Hoewel ik mij in vergaderingen op de achtergrond heb gehouden, heb ik gemerkt dat mensen mij soms als externe in vertrouwen namen. Hier heb ik enerzijds gebruik van gemaakt om tot analyse en interpretatie te komen, maar anderzijds heb ik me zo veel mogelijk neutraal gehouden om de besluitvormingsprocedure door mijn aanwezigheid niet te veranderen. Doordat ik geen gelegenheid had om deze vergadering op te nemen en volledig uit te schrijven, wordt de scheidslijn tussen data en interpretatie dunner. Dit opnemen wilde het ziekenhuis liever niet omdat dit het formele karakter van de vergadering zou benadrukken, terwijl zij het vrij ontwikkelen wilde stimuleren. Door een verschil te maken tussen quotes, beschrijvingen en opmerkingen heb ik geprobeerd interpretatie van data te scheiden. Echter, het dichtbij de feiten staan heeft ook grote voordelen voor analyse wanneer je als onderzoeker een open blik houdt. Door flexibel met respondenten om te gaan (Boeije, 2010) is het mogelijk om een voortdurende terugkoppeling van data en analyse te bewerkstelligen. Naast observaties van formele vergaderingen, ben ik ook af en toe aanwezig geweest in het ziekenhuis om met verschillende personen op informele wijze te praten over het project en inzicht te krijgen in de visies en percepties in de wandelgangen. Mijn observaties heb ik vastgelegd door nauwkeurige aantekeningen te maken tijdens en direct na de vergaderingen. Hierbij heb ik een observatieschema gebruikt.
2. Interviews: met verschillende personen op sleutelposities binnen het project 'Excellente Zorg' zijn semi-gestructureerde interviews gehouden. Deze dienen om het (gereflecteerde) perspectief van belanghebbenden expliciet in kaart te brengen. Op deze manier kan de visie

van verschillende participanten op het traject in kaart gebracht worden. De manier waarop zij over het project praten, is soms van groot belang voor de concrete besluitvorming. In deze interviews is het niet mogelijk om de machtsverhoudingen naar boven te krijgen door er direct naar te vragen, maar in combinatie met de observaties is een goed beeld te verkrijgen.

Daarnaast maak ik gebruik van de enkele documenten die gedurende het proces door de deelnemers zijn opgemaakt en werden gebruikt.

Data-analyse

Bij het verwerken van de resultaten zijn de gegevens verkregen uit de interviews in combinatie met de observaties leidend. Voor de analyse van de interviews en mijn uitgewerkte observaties is het computerprogramma MaxQDA gebruikt. Het principe van Boeije (2010) van constante vergelijking (p. 83) gebruik ik als uitgangspunt voor een transparante, systematische analyse. Deze constante vergelijking pas ik zowel toe op interviews, observaties en documenten als op terugkerende thema's, begrippen, metaforen, stijlen en voorkeuren. Hierbij maak ik gebruik van codering en hercodering. Hierdoor is het mogelijk variatie (of het gebrek daaraan) aan te tonen. Deze bevindingen zijn ook telkens vergeleken met theoretische aannames om mijn veronderstellingen betekenis te kunnen geven. Door de stappen van verkenning, specificering, reductie en integratie is het mogelijk een analyse van de kernconcepten te maken en hier relaties uit te destilleren. Omdat mijn doel voornamelijk ligt in het beschrijven van de situatie en waar mogelijk dit in perspectief te plaatsen en verbanden te leggen, zal de integratie van de data niet resulteren in een model, maar in een duiding van het proces 'Excellente Zorg'.

De stappen van 'open coding', 'axial coding' en 'selective coding' (Boeije, 2010: 96-119) zijn een manier om zowel in de breedte als in de diepte constant te vergelijken en geformuleerde concepten te testen en invulling te geven. Op basis van deze codering heb ik de resultaten verwerkt in een narratief. Ik heb gekozen voor deze stijl omdat daarmee de rijke beschrijvingen het best tot hun recht komen. In mijn data presentatie ga ik vooral in op de percepties van actoren, de kwantitatieve kant van het coderen neem ik mee in mijn analyse, maar zal ik niet uitvoerig behandelen. In de data-analyse zal ik tevens reflecteren op het narratief om het proces van data-analyse zo transparant mogelijk te maken.

Waarde van de data

Ik heb gekozen voor een combinatie van observatie, interviews en documenten om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen. De observatie van vergaderingen en informele gesprekken zijn een prettige manier om direct inzicht te krijgen in hoe mensen zich gedragen en het proces op de voet te volgen. Maar deze vergaderingen vinden *frontstage* (Bailey, 1977) plaats, waarbij mensen zich bewust zijn van hun publiek en hun strategische positie. *Backstage* (1977) was het voor mij veel lastiger om aanwezig te zijn. Hoewel ik een half uur voor de vergaderingen aanwezig was om het gesprek aldaar te kunnen volgen en altijd bleef tot de laatste persoon de ruimte had verlaten, was het lastig om direct grip te krijgen op wat er achter de schermen gebeurde. Want ook *bij de koffie-automaat en in de wandelgangen* worden

coalities gevormd en plannen gesmeed. De informele gesprekken waren hiervoor zeer nuttig, maar wel een indirecte en gefilterde bron van informatie. *Under the stage* (Bailey, 1977) heb ik slechts hier en daar gevoelens van vertrouwen meegekregen.

In de interviews heb ik geprobeerd mijn bevindingen te testen en aan de sleutelfiguren voor te leggen. Hierdoor kon ik mijn observaties controleren. Andersom geldt hetzelfde. Doordat ik ook bij de vergaderingen aanwezig ben geweest, kon ik ook onderzoeken of de manier waarop mensen hun positie en visie uitleggen ook overeenkomt met de manier waarop zij handelen.

De documentenanalyse is ondersteunend geweest in dit proces. Gedurende het project kwam ik erachter dat er zeer weinig op papier wordt gezet. Een uitgebreide analyse van notulen of documenten was dus niet mogelijk. Dat wat er op papier is gezet, heb ik naast mijn observatie- en interview-data gezet om analyse mogelijk te maken. Het feit dat er weinig wordt gedocumenteerd in 'Excellente Zorg' heb ik zelf als data meegenomen.

Hoewel ik een goede analyse heb kunnen maken van het proces op basis van voldoende data, zijn er twee beperkingen in mijn analyse.

De eerste is dat ik meer toegang heb gehad tot de visie en de beleving van de ziekenhuizen dan die van de belangenverenigingen. Vanuit iedere vereniging waren slechts twee betrokkenen die vrij gesloten waren in hun antwoorden. Bovendien ben ik in de voorgeschiedenis niet bij hun stuurgroep-vergaderingen geweest. Daardoor kon ik mijn observaties niet met interviews en documenten vergelijken.

De tweede is dat, hoewel ik heb geprobeerd mijn bevindingen te controleren en te plaatsen, ik zelf als onderzoek een bepaalde rol speel. De observaties zijn *mijn* observaties, dingen die mij opvielen. Daarnaast is de informatie die ik krijg voor een deel afhankelijk van de mate waarin mensen mij vertrouwen en mij zien als deel van het geheel. In het begin was het wel eens lastig om ook 'in de e-mail lijst terecht te komen'. Later was het soms lastig te bepalen hoeveel informatie ik hun moest geven om zelf informatie te vergaren. Aan de ene kant was ik deelnemer van de projectgroep, aan de andere kant tijdens de vergadering enkel observator. De interactie met de medewerkers leverde vaak de meeste informatie op, maar daarbij is het belangrijk op te merken dat mensen soms juist in gesprek met mij op ideeën komen en mij soms als bron van informatie konden gebruiken. Dat is niet per se erg, maar het is belangrijk als onderzoeker van deze relatie op de hoogte te zijn en hierin geen volledige objectiviteit te claimen.

Tot slot is het goed om in gedachten te houden dat dit een kwalitatief, verkennend onderzoek is waarbij is geen harde uitspraken over causaliteit of correlatie wil doen.



BENADERING

Uitgangspunt van mijn onderzoek is de *sociale constructie* van de werkelijkheid (Morgan, 1997: 69 & Berendsen, 2007: 28) op basis van *betekenisgeving*, waarbij *taal* een specifieke betekenis heeft.

In de interactie tussen individuen en groepen wordt een werkelijkheid gevormd, een situatie gedefinieerd. Constante onderhandeling over deze definitie kan leiden tot een veranderlijke en ambigue 'werkelijkheid'. Hierbij beïnvloeden individuen en groepen de gedefinieerde werkelijkheid. Sociale interacties worden telkens gestructureerd door de onderhandelingen over de werkelijkheid (Berenssen, 2007: 25). De werkelijkheid is hiermee niet een ding op zich, maar iets dat zich in relatie ontwikkelt (Hosking & van Haar, 2004: 4) Daarom ga ik in dit onderzoek uit van de perceptie van het traject 'Excellente Zorg', omdat deze perceptie het traject in de praktijk beïnvloedt.

Naast het feit dat individuen en actoren de gedefinieerde werkelijkheid beïnvloeden, beïnvloedt deze werkelijkheid op haar beurt de betekenisgeving en perceptie van individuen en groepen. De betekenisgeving van actoren en groepen is van groot belang in de onderhandelingen over de interpretatie van de werkelijkheid. "Ambiguities of experience and interpretation make the construction of meaning critical to life." (March, 1994: 208). Mensen kennen een waarde toe aan de dingen om hen heen, en kunnen zich op die manier tot de zaken om hen heen verhouden. Dit interpreteren van de werkelijkheid doen zij echter niet als individuele entiteiten: "Meaning comes from social interaction and takes both its coherence and its contradictions from its social basis." (March, 1994: 210).

Perceptie, betekenisgeving en interpretatie creëren een sociale werkelijkheid. In eerste instantie wordt die sociale werkelijkheid geuit in gedrag en praktijken. In dit onderzoek zullen die praktijken - de besluitvormingen - worden onderzocht omdat "the description of practices as events endures and gains its strength from detecting the forces that make life worth" (Flyvbjerg, 2001: 135).

In het proces van betekenisgeving en perceptie is de handelingscontext van groot belang. De kern van overdracht en besluitvorming is in mijn benadering het constante interpreteren en herinterpreteren van jouw standpunt ten opzichte van die van de anderen. "De in het verleden tot stand gekomen betekenisgeving van een situatie of verschijnsel wordt meegenomen naar nieuwe situaties. Daar klinken ze als echo mee in een nieuwe geconstrueerde betekenis" (De Ruijter, 2000 in Berendsen, 2007:28). De gestolde verbanden in het verleden vormen de context voor de onderhandelingen over definities in het heden. Deze directe context beïnvloedt de perceptie van de werkelijkheid en daarmee het handelen zelf. Een belangrijke veronderstelling bij het bestuderen van de handelingscontext is het idee 'buiten is binnen'. 'De omgeving' is niet iets wat los staat van concrete praktijken, maar is een factor in het handelen. In interactie tussen personen met hun organisatie en de naaste omgeving komen percepties tot stand.

Daarnaast zijn nog twee andere vormen van context relevant bij het bestuderen van betekenisgeving en perceptie. Namelijk de organisatie of de projectcontext en de bredere context. Bij de eerste speelt de samenwerking binnen de Santeon een grote rol; is er een projectcultuur ontstaan? Wat zijn daarin de gebruiken? Hoe gaan de verschillende ziekenhuizen gebruikelijk met elkaar om? De bredere context is de meest abstracte manier om naar de buitenwereld te kijken. In dit onderzoek zal ik proberen om maatschappelijke debatten en pijnpunten mee te nemen in mijn analyse van 'Excellente Zorg'.

In dit onderzoek kijk ik primair naar gedrag en percepties, maar mensen uiten zich ook in taal; zowel op papier als in communicatie. Taal is hierbij daarbij geen objectieve uiting van de werkelijkheid, maar door bepaalde communicatieve uitingen schept het een werkelijkheid. Taal is niet zomaar neutraal (Van Twist, 2004). Door in dit onderzoek hiermee rekening te houden, probeer ik de praktijken te combineren met de denkkaders die daaraan verbonden zijn.

Omdat ik een besluitvormingsproces bestudeer, ben ik me bewust van de spanning die bestaat tussen handelen en het uiten van interpretaties of meningen. "This talk decision making is not always closely connected to the action of decisions" (March, 1994: 197). Dat interpretatie en handelen elkaar beïnvloeden, wil nog niet zeggen dat die twee niet te scheiden zijn. In dit onderzoek zal ik de verschillende elementen van betekenisgeving, interpretatie, handelen en discours proberen individueel maar afhankelijk van elkaar te bestuderen.

Aan de ene kant zal ik dus kijken naar de percepties en waarden van actoren, aan de andere kant kijk ik naar de interacties tussen personen en groepen en de samenwerking die daarbij plaats vindt.



HET PROJECT

De belangenorganisaties V&VN (verpleegkundigen) en NPCF (patiënten) hebben het initiatief tot het project 'Excellente Zorg' genomen. Geïnspireerd door het Amerikaanse 'Magnet' hebben zij bij het ministerie van VWS een subsidieaanvraag ingediend voor een Nederlandse variant "Magneet Plus". Zij veronderstellen dat ook in Nederland de combinatie van zeggenschap en scholing van verpleegkundigen met patiënt-tevredenheid leidt tot een verbetering van de kwaliteit van zorg. 'MagneetPlus' staat voor de combinatie van de verpleegkundige en de patiënt. De subsidieaanvraag voor het ontwikkelen van een meetinstrument is in juni 2009 door het Ministerie gehonoreerd. Op het moment dat de V&VN en de NPCF een projectleider aanstelden, konden zij met de zes ziekenhuizen die verenigd zijn in 'Santeon' en zes andere zorginstellingen aan de slag.

De kaders van de pilot zijn opgenomen in het handboek 'Excellente Zorg', een grote map uitgegeven door de V&VN en de NPCF waarbij steeds nieuwe onderdelen van het project worden toegevoegd. In deze map is te lezen dat de pilot is opgesteld om "een instrumentarium te ontwikkelen dat een cultuuromslag in zorginstellingen kan bewerkstelligen zodat excellente, patiëntgerichte verpleegkundige zorg gerealiseerd kan worden" (p. 3). Het ontwikkelen van een meetinstrument is de eerste stap richting een andere cultuur in de gezondheidszorg, een cultuur waarin de verpleegkundige meer aandacht krijgt. Een van de doelstellingen luidt dan ook "verpleegkundigen en verzorgenden hun beroep teruggeven". Vantevoren is door beiden partijen een document met verwachtingen opgesteld (zie kader) waarin met name de organisatie van de pilot geregeld wordt. In totaal zal in zes ziekenhuizen en zes zorginstellingen een 0-meting plaatsvinden om het instrument te valideren en om te weten te komen hoe ver deze instellingen zijn in hun ontwikkeling. Dit alles voor een ambitieus doel:

"Met behulp van dit instrument krijgt de verpleegkundige meer autonomie, erkenning en ontplooiingsmogelijkheden, hetgeen tot een aantrekkelijker werkomgeving en een hogere arbeidstevredenheid leidt. De zorginstelling wordt weer een interessante werkplek voor verpleegkundigen en verzorgenden waardoor de aantrekkelijkheid van het beroep wordt verhoogd en het verloop van deze beroepsgroepen zal afnemen. Dit leidt op zijn beurt weer tot een verbetering van de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. De patiënt voelt zich veiliger, beter en betrokken." (p. 2).

Het instrument dat de kwaliteit van zorg meet, is gebaseerd op drie pijlers;

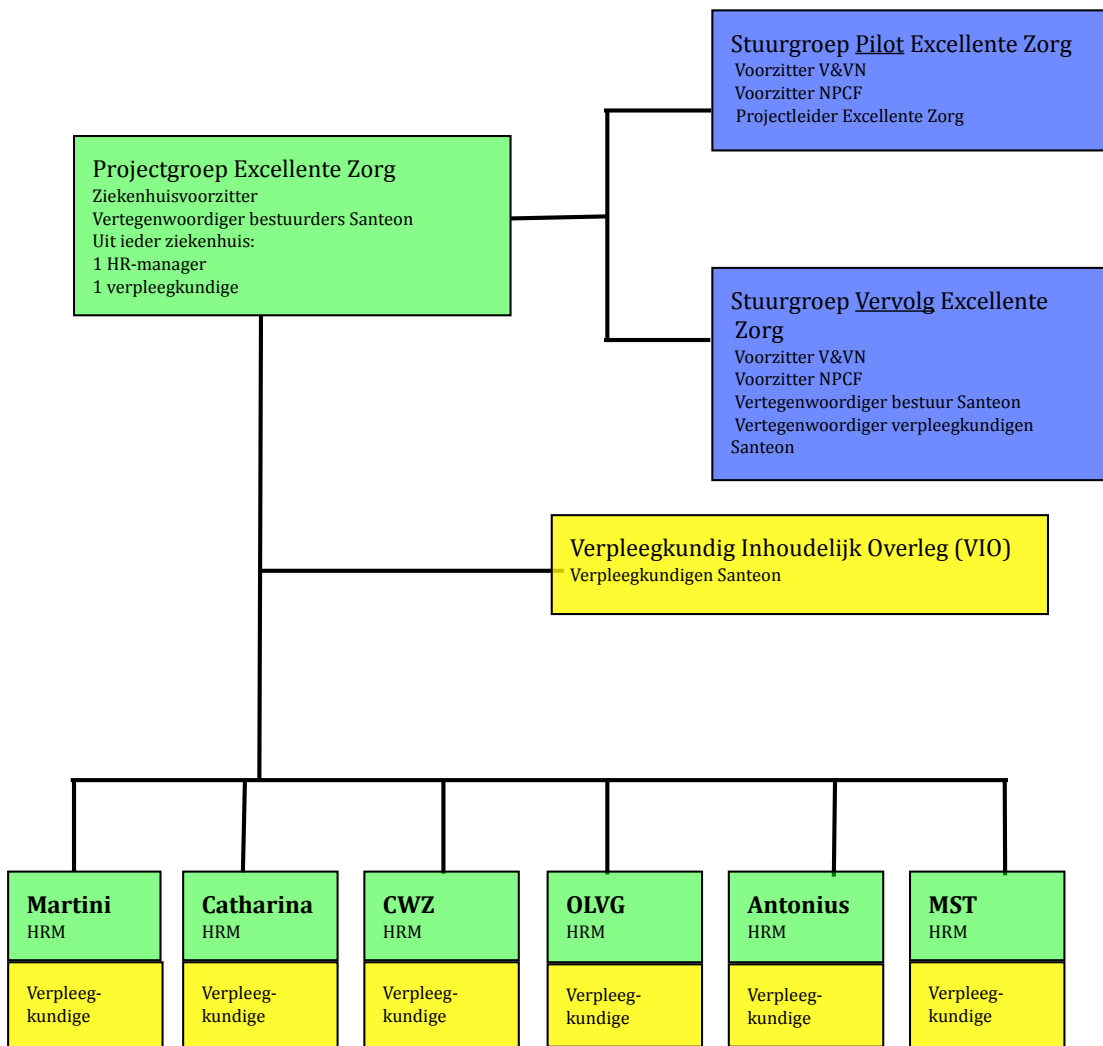
a) de verpleegkundige pijler: een enquête onder alle verpleegkundigen, waarin het Magnet-gehalte wordt gemeten aan de hand van de EOM II. Dit is een vragenlijst die door de Amerikaanse wetenschappers Marlene Kamer en Claudia Schmalenberg is ontworpen. Acht kenmerken, die voortkomen uit het onderzoek van Kramer en Schmalenberg (voor meer informatie wil ik verwijzen naar het hoofdstuk 'de inspiratie' op p. 19) staan hierin centraal.

Een voorbeeld hiervan is zeggenschap over de beroepsuitoefening en opleidingsmogelijkheden. De validering van de EOM II in Nederland is een belangrijke opdracht van dit project. Deze pijler is in de beleving van de ziekenhuizen dominant. Voor deze pijler krijgt het project ondersteuning vanuit de Universiteit Maastricht.

- b) de patiëntenpijler: hiervoor worden bestaande gegevens gebruikt, namelijk de gegevens uit de Consumer Quality Index (CQ-index) en een aantal verpleegsensitieve kwaliteitsindicatoren (bijvoorbeeld decubitus, valincidenten, ondervoeding, depressie etc.) De CQ is in 2006 door het Ministerie VWS voorgesteld als standaard om te komen tot betrouwbare, valide en vergelijkbare informatie vanuit het perspectief van de 'gebruiker'. Deze index wordt jaarlijks door zorgverzekeraars afgenomen. De NPCF probeert een valide instrument te maken door acht domeinen van 'goede patiëntenzorg' te formuleren en hier vragen uit de CQ-index en kwantitatieve indicatoren bij te zoeken. Een voorbeeld van een domein is respectvolle bejegening of regie bij de patient.
- c) de organisatiepijler: hierbij wordt uitgegaan van een zelfevaluatie waarbij de organisatie zichzelf kritisch onder de loep neemt. Het uitgangspunt hierbij is de vraag: 'Wat doet de zorginstelling om de voorwaarden te creëren voor een magnetische werkomgeving?' In deze zelfevaluatie geven ziekenhuizen bijvoorbeeld aan wat ze doen aan scholing voor verpleegkundigen en hoe de verpleegkundige staf georganiseerd is. Oorspronkelijk stond hierop aansluitend een instellingsbezoek "door een panel van deskundigen" (Handboek Excellente Zorg; 55) op het programma. Wegens tijdgebrek is dit onderdeel later geschrapt. Deze pijler heeft in het gehele project het minste gewicht.

Een complex project dus met verschillende meetinstrumenten die getest en gebruikt gaan worden. Dit gebeurt in zes ziekenhuizen en in zes zorginstellingen. In mijn onderzoek zal ik de zes zorginstellingen volledig buiten beschouwing laten. De organisatie van de samenwerking tussen de V&VN, de NPCF en de zes ziekenhuizen heeft zich in de loop van de pilot ontwikkeld. De uiteindelijke organisatie van het project is weergegeven in figuur 1.

Er zijn drie belangrijke platforms waarin wordt gediscussieerd. De eerste is de **stuurgroep**, van juni 2009 t/m december 2009 bestaat deze uit de initiators van het project, de voorzitters van de V&VN en de NPCF. Deze 'stuurgroep pilot Excellente Zorg' heeft het voorwerk verricht, subsidie aangevraagd en een projectplan geschreven. Bovendien heeft de stuurgroep een projectleider van een extern bureau ingehuurd om de zaken in goede banen te leiden. Als het project eenmaal loopt fungeert de stuurgroep als het hoogste orgaan in het project: zij komen het minst vaak bijeen, maar als er besluiten worden genomen, gebeurt het daar. De stuurgroep focust zich vooral op de kaders en de grote lijnen van het project. Eind 2009 wordt besloten dat ook afgevaardigden van de ziekenhuizen deelnemen in deze stuurgroep. Voor de ziekenhuizen is het erg belangrijk dat zij kunnen deelnemen aan de 'stuurgroep vervolg excellente zorg', die ongeveer eens per twee maanden bijeenkomt omdat zij op deze manier ook invloed kunnen uitoefenen op de vormgeving van het project in de toekomst.



Figuur 1: De projectstructuur

Het tweede platform is de **projectgroep** ‘Excellente Zorg’ (in dit stuk ‘projectgroep EZ’ genoemd en zeker niet te verwarren met de stuurgroep!). Dit is een overleg van de zes Santeon ziekenhuizen met de projectleider en een enkele keer een afgevaardigde vanuit de V&VN en de NPCF. Onder leiding van een ziekenhuisvoorzitter (aangesteld namens Santeon) vergadert een groep vertegenwoordigers uit de ziekenhuizen over de voortgang van het project, ervaringen, praktische zaken en inhoudelijke keuzes. Van ieder ziekenhuis is een vertegenwoordiger vanuit HRM en een vertegenwoordiger van de verpleegkundigen uitgenodigd. Één bestuurder van Santeon heeft dit project in zijn portefeuille, zijn secretaris is eveneens aanwezig. De projectgroep EZ komt iedere maand bijeen en is het belangrijkste overlegforum. Hier ontmoeten de zes ziekenhuizen elkaar om te overleggen, maar dit is ook het moment waarop gesproken wordt met de projectleider. Tijdens bijeenkomsten van de projectgroep EZ wordt veel informatie uitgewisseld en weet a) de projectleider hoe ver de ziekenhuizen zijn en b) de ziekenhuizen wat de wensen van de projectleider -en daarmee de V&VN en de NPCF- zijn. Deze projectgroep EZ staat centraal in het organogram van de samenwerking ‘Excellente Zorg’. Hoewel uiteindelijk de bestuurders moeten besluiten, ontmoeten en spreken de mensen die die keuze moeten voorbereiden elkaar in projectgroep ‘Excellente Zorg’.

Het derde platform is het VIO, het **Verpleegkundig Inhoudelijk Overleg**. De verpleegkundigen vinden dat ze elkaar te weinig spreken over de inhoud van het project. Daarop besluiten de verpleegkundigen om maandelijks bijeen te komen, ervaringen uit te wisselen en na te denken over de uitwerking van de resultaten in de toekomst. Dit doet zij met de verpleegkundigen uit de zes ziekenhuizen die deelnemen aan de projectgroep EZ, en verpleegkundigen uit de zes ziekenhuizen die in de verpleegkundige medezeggenschap zitten. Zij houden met name inhoudelijke discussies over scholing, het bewaken van kwaliteit, verpleegkundig onderzoek en andere zaken. Daarnaast richten zij zich op de communicatie over het project naar de werkvloer.

In dit onderzoek heb ik alle vergaderingen van de projectgroep EZ en het VIO bijgewoond. Daarnaast ben ik bij de vergaderingen in het OLVG geweest, voor de resultaten daarvan verwijs ik graag naar pagina 52. Over de vergaderingen in de stuurgroep heb ik personen gesproken in interviews en de notulen bekeken.

Bij aanvang van het project biedt de stuurgroep, waarin de V&VN en de NPCF deelnemen, alle deelnemers een projectmap aan. Hierin wordt het doel van de pilot en het meetinstrument uitgelegd. Ook worden de verwachtingen van het project expliciet gemaakt.

De V&VN en de NPCF:

- 1) formeren een team dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van de pilot EZ
- 2) ondersteunen de deelnemende organisaties door middel van bijeenkomsten, instructie desgewenst op locatie en informatie. Contactpersonen zijn goed bereikbaar
- 3) zorgen voor een rapportage over de pilotmeting in de instelling

De pilotinstellingen:

- 1) De RvB besluit tot deelname aan de pilot EZ, geeft toestemming voor de medewerking en faciliteert deze
- 2) formeren een team met daarin vertegenwoordigd management, VAR, Cliëntenraad en afdeling communicatie. Zij zorgen voor verankering en communicatie in de instelling. Één persoon fungeert als contactpersoon.
- 3) stellen deskundigen beschikbaar voor de ontwikkeling van het instrumentarium
- 4) dragen zorg voor de medewerking aan de CQ-index, EOM II, zelfevaluatie, eventuele andere metingen en het instellingsbezoek
- 5) geven schriftelijke verantwoording over de inzet van personeel voor de verantwoording aan VWS
- 6) stellen aan de hand van de meetresultaten verbeterplannen op
- 7) worden van harte uitgenodigd ambassadeur te zijn

In het eerste gedeelte van het project, ongeveer van september 2009 t/m december 2009, zijn de ziekenhuizen en de belangenverenigingen vooral bezig met het vergaderen over de toepassing van het meetinstrument. In vier maanden moeten alle zes de ziekenhuizen zorgen dat alle voorbereidingen voor het project worden getroffen. Een delegatie gaat naar Amerika om te kijken bij de 'Magnet hospitals', verpleegkundigen moeten op de hoogte worden

gebracht van de plannen en de ondernemingsraad moet toestemming geven over het gehele project. Dit moet leiden tot een 0-meting in ieder ziekenhuis. Hierin werken HR-managers en verpleegkundigen nauw samen om het project in goede banen te leiden.

In het tweede gedeelte van het project, ongeveer van januari 2010 t/m juni 2010, zijn de resultaten van de drie pijlers door de organisatie verzameld en naar de projectleiding gestuurd. Een groep wetenschappers in Amerika en in Nederland verbonden aan de V&VN zullen de data analyseren. Ondertussen voeren de ziekenhuizen in de projectgroep en in de eigen organisatie de discussie over de vraag 'en nu?' Allereerst moet besloten worden hoe in de ziekenhuizen over de resultaten gecommuniceerd gaat worden en hoe verbetertrajecten tot stand kunnen komen. Daarnaast kan het meetinstrument dan geëvalueerd worden. In vergaderingen focussen de deelnemers vooral op het nut van het instrument en de bruikbaarheid in de toekomst. Tot slot moet worden nagedacht over een vervolgtraject. Willen alle deelnemers verder? En zo ja, waarmee dan? Hierbij spelen zowel bestuurders, HR-managers als verpleegkundigen een rol. De bestuurders willen de grote lijnen bewaken, verpleegkundigen zijn kritisch en willen het beste uit hun vak naar boven halen, de HR managers spelen hierin met name een faciliterende rol.

Gedurende het gehele proces vergaderen verpleegkundigen, HRM-medewerkers en communicatieadviseurs ook in de zes afzonderlijke ziekenhuizen. In de projectgroep benadrukken alle actoren dat gekozen is voor een gezamenlijk pad, maar dat iedereen "het op zijn eigen manier in het eigen huis moet wegzetten". De strategie wordt gezamenlijk bepaald, ervaringen worden uitgewisseld, een koers uitgestippeld, maar uiteindelijk moeten de concrete acties wel bij de eigen organisaties passen.

Het project 'eindigt' met een presentatie van de resultaten van de drie pijlers in de zes ziekenhuizen.

- a) De EOM II is in Amerika onderzocht en vergelijkt de prestaties van afdelingen en ziekenhuizen met Magnet Hospitals
- b) De patiëntgegevens zijn door een groep onderzoekers bij de NPCF geanalyseerd
- c) De zelfevaluatie is door de projectleider bekeken en samengevat.

Vanaf april 2010 moeten de deelnemers, aan de hand van de gepresenteerde resultaten, zelf aan de slag gaan met de resultaten; verbetertrajecten starten en mogelijkheden benutten. In deze fase van het project moeten de ziekenhuizen individueel aan de slag en kijken op welke gebieden het mogelijk is om gezamenlijk lijnen uit te zetten.

Dit onderzoek zal zich vooral richten op de besluitvorming en samenwerking binnen de projectgroep EZ en het VIO. Daarnaast zal ik bekijken welke uitwerking dit heeft in het OLVG als concreet ziekenhuis. Het proces van samenwerking is interessant omdat er sprake is van verschillende partijen met verschillende wensen in een complex project. In hoeverre bepaald die samenwerking de uitkomsten? Het proces van besluitvorming is interessant omdat gekozen kan worden op basis van vele argumenten. Welke argumenten zijn doorslaggevend en zijn deze rationeel of strategisch ingegeven?



DE INSPIRATIE: 'MAGNET'

'Magnet' of magneet is dé inspiratiebron van het traject 'Excellente Zorg'. Magnet als term en als concept wordt in het gehele proces voortdurend gebruikt. Daarom zal ik in deze paragraaf het concept en haar oorsprong kort uitleggen.

In 1983 leidde een groot verloop van verpleegkundigen en een groot algemeen tekort aan ziekenhuispersoneel in de Verenigde Staten tot een stroom aan wetenschappelijk onderzoek naar ziekenhuizen. McClure et al. (1983) selecteerden 41 ziekenhuizen waar men personeel wist aan te trekken én wist te behouden, en waar verpleegkundigen tevreden waren over hun werkomgeving. De 14 kenmerken die leidden tot een aantrekkelijk werkomgeving, volgens het onderzoek van McClure (1983) zijn:

1. Professioneel verpleegkundig leiderschap
2. Decentrale en platte organisatiestructuur
3. Participatie en feedback staan centraal in het management
4. De zorginstelling is een goede werkgever (persoonlijk beleid en programma's)
5. Er zijn professionele zorgmodellen waardoor een verpleegkundige verantwoordelijk kan zijn voor de geboden kwaliteit
6. Er heerst een werkklimaat waarin de kwaliteit van zorg voorop staat
7. De organisatie is continu gericht op het verbeteren van die kwaliteit
8. De organisatie biedt voldoende middelen om de kwaliteit te waarborgen
9. Verpleegkundigen hebben een hoge mate van autonomie en handelen op basis van expertise
10. De organisatie onderhoudt contacten met de samenleving
11. Verpleegkundigen worden betrokken bij opleidingsactiviteiten
12. Een positief imago van verpleging
13. Er is sprake van interdisciplinaire relaties
14. De organisatie schept voorwaarden voor professionele ontwikkeling

Dit onderzoek heeft veel weerslag gekend en o.a. Lina Aiken, Marlene Kramer en Caludia Schmalenberg hebben het onderzoek naar de verpleegkundige in zijn omgeving voortgezet. De gemeenschappelijke definitie die wordt gebruikt is: "Een magneetziekenhuis werft en behoudt verpleegkundigen die zich kenmerken door een hoge arbeidstevredenheid omdat zij in staat worden gesteld om goede zorg te verlenen." (van der Peet, 2008, p. 18)

Kramer & Schmalenberg kwamen in 2001 tot een gevalideerde verfijning van de magneetkrachten en richtten zich in dit onderzoek niet alleen op het aspect van personeelsbehoud, maar meer op tevredenheid en kwaliteit van zorg. Tegenwoordig zijn de volgende 8 magneetkenmerken leidend in onderzoek en accreditatie van ziekenhuizen¹:

¹ In Amerika en zoals later zal blijken, ook voor 'Excellente Zorg' in Nederland

1. In de organisatie staat het belang van de patiënt bovenaan
2. Zeggenschap over de beroepsuitoefening en de werksituatie (in het Amerikaanse onderzoek 'control over professional practice')
3. Goede relaties en communicatie tussen verpleegkundigen en artsen
4. Voldoende verplegend personeel
5. Samenwerking met competent personeel
6. Opleidingsmogelijkheden
7. Ondersteuning van managers en leidinggevend
8. Verpleegkundigen zijn verantwoordelijk en handelen op basis van deskundigheid

Onderzoek naar de effecten, hoewel nog wat beperkt in aantal en diepgang volgens Brits gezondheidswetenschapper Buchan (1999), valt in te delen in drie soorten. Het merendeel van het onderzoek richt zich op de perceptie van het personeel. Over het algemeen zijn verpleegkundigen tevredener, meer gemotiveerd en hebben zij minder last van stress. Daarnaast is er onderzoek naar de positieve medische gevolgen zoals het dalende sterftcijfer en het lage aantal prikincidenten (fouten bij het bloedprikken) bij verpleegkundigen. Tot slot hebben wetenschappers zich gericht op de patiënt-tevredenheid. Enerzijds wordt deze vergroot door gemotiveerder personeel, anderzijds is een direct verband tussen magneetziekenhuizen en patiënttevredenheid aangetoond (Aiken, 2002, Kramer & Schmalenberg, 1991, 2004, 2008, Van der Peet, 2008).

De veronderstelling dat verpleegkundigen aan de basis staan van de kwaliteit van zorg, levert veel enthousiasme op. Verpleegkundigen voelen zich aangesproken en herkennen dat zij te weinig worden geprikkeld, uitgedaagd en beloond. Magneet onderscheidt zich doordat het zich op de werkvloer en niet op de teamleiders of managers richt. Hierdoor hebben de deelnemers aan 'Excellente Zorg' het idee dat zij echt iets goeds in handen hebben.



De pilot 'Excellente Zorg' heeft zich van september 2009 t/m juni 2010 volop ontwikkeld. Afspraken zijn gemaakt, posities zijn ingenomen en patronen zijn ontstaan. Deze ontwikkeling - het proces - heeft invloed op de manier waarop deelnemers met elkaar omgaan en de resultaten van het project. Dit onderzoek is een analyse van dat proces met als doel de relatie tussen proces, context en resultaat te bestuderen. In dit analytisch kader zal ik ingaan op mijn keuze voor een procesanalyse. Wat versta ik onder proces en welke onderliggende patronen kun je met een procesanalyse blootleggen? In mijn procesanalyse heb ik specifiek gelet op samenwerking en besluitvorming als onderdelen van het proces. Daarnaast bestudeer ik de rol die rationaliteit, macht en betekenisgeving hebben gespeeld als elementen van het proces. Deze concepten zal ik in dit analytisch kader uitleggen en mijn keuze onderbouwen.

Een procesanalyse

Organiseren is geen status quo. De sociale realiteit is constant in beweging. Organisaties zijn altijd in beweging (Berensen, 2007, Pattigrew, 1997). Deze ontwikkeling, de verandering is een interessant onderwerp van studie om de sociale realiteit te leren kennen. "Human conduct is perpetually in a process of becoming. The overriding aim of process analyst therefore is to catch this reality in flight." (Pattigrew, 1997: 338).

Proces zie ik in navolging van Pattigrew (1994) als "a sequence of individual and collective events, actions and activities unfolding over time in context" (338). "Excellente Zorg" is daarmee een proces. Het project heeft zich ontwikkeld, de samenwerking en besluitvorming zijn gevorderd. In dit onderzoek probeer ik deze ontwikkeling te begrijpen en te verklaren door te kijken naar de context en de uitkomsten van het proces. Hierbij maak ik gebruik van de vijf veronderstelling van Pattigrew (1997: 340).

1. Een proces komt in een specifieke context tot stand, "Social processes are deeply embedded in the contexts that produce and are produced by them."
2. Het verleden is bepalend voor het heden. "The past is alive in the present and may shape the emerging future".
3. Context en actie kunnen niet zonder elkaar. 'Context and action are inseparably intertwined."
4. Procesonderzoek richt zich op een holistische verklaring voor processen. "In holistic explanation causation is neither linear nor singular."
5. Procesanalyse streeft naar het onderzoeken van de relatie tussen proces en de uitkomsten van het proces. "Proces research is capable of generating sound knowledge not only of the processes and outcomes, but also of why and how outcomes are differentially shaped by process."

Een procesanalyse bestaat uit drie onderdelen. Het eerste onderdeel is een beschrijving van de gebeurtenissen, een chronologie. In de tweede stap staat de zoektocht naar patronen in het proces centraal. In de derde stap bestudeert de onderzoeker onderliggende mechanismen

achter die patronen om deze te kunnen duiden. Voor deze analyse is een voortdurende wisselwerking tussen theorie en praktijk noodzakelijk.

Context in de procesanalyse.

Om uitspraken te kunnen doen over de relatie tussen het proces en de uitkomsten, is context een belangrijk concept (Berensen, 2007, Pattigrew, 1997). Of zoals Pattigrew (1997) stelt: “If the process is our stream of analysis, the terrain around the stream which shapes the flow of events and is in turn shaped by them is a necessary part of the process of investigation” (340). Belangrijk hierbij is dat context niet iets is buiten de organisatie: “Context is geen factor die los staat van de organisatie. Actoren worden beïnvloed door hun organisatorische, sociale en institutionele context, maar beïnvloeden deze context op hun beurt om veranderingen te bewerkstelligen” (Van Twist, 2008: 8). Door de interactie tussen context en organisatie komt sociale constructie (betekenisgeving) tot stand. De nadruk op context is geen pleidooi voor determinisme: “It means an open-ended, contingent relation between contexts and actions and interpretations.” (Flyvbjerg, 2001: 43)

In mijn procesanalyse zal vooral de handelingscontext centraal staan. Dit is de directe context, de gestolde verbanden die interpretatie en betekenisgeving mogelijk maken. Het OLVG geeft bijvoorbeeld reeds ervaring met projecten in het kader van HRM en het invullen van vragenlijsten ter zelfevaluatie. Het beeld dat mensen hiervan hebben is mogelijk van invloed op de houding ten opzichte van Excellente Zorg. De wisselwerking tussen betekenisgeving en acties, wordt in dit onderzoek geanalyseerd. Daarnaast zal ik rekening houden met de projectmatige context. Omdat het traject ‘Excellente Zorg’ zal worden bestudeerd in een project van zes samenwerkende ziekenhuizen, een projectgroep en andere zorginstellingen, zal worden gekeken naar de oorsprong en omgeving van dit project. De ruimere context - vaak gezien als de maatschappelijke context - zal ik niet uitgebreid analyseren omdat deze het procesverloop alleen indirect beïnvloeden.

Onderdelen van het proces

De tweede stap van een procesanalyse bestaat uit het analyseren van patronen. In het proces ‘Excellente Zorg’ zijn besluitvorming en samenwerking belangrijke onderdelen van het proces. De besluitvorming bepaalt formeel de (inhoudelijke) ontwikkeling van het project. De samenwerking heeft grote invloed op de uitkomsten van het proces. Daarom gebruik ik de theoretische noties achter besluitvorming en samenwerking om patronen in het proces te kunnen herkennen en beschrijven. Deze concepten zal ik in deze paragraaf verder toelichten.

I - Verschillende visies op besluiten

Binnen organisaties worden op vele momenten door vele personen in vele vormen besluiten genomen. Besluitvorming is “het bepalen van wat men wanneer en waarom gaat doen” (Van Aken, 1994). In de besluitvormingstheorie zijn grofweg twee belangrijke stromingen te onderscheiden. Aan de ene kant van het spectrum staat de traditioneel sterke rationele stroming ‘reason based choice’ (Goodwin et al., 2004: 21). Het lineaire verloop van probleem naar agenda, naar doelen, naar mogelijke oplossingen naar keuze, naar implementatie en tot slot naar evaluatie, zoals weergegeven in figuur 2, ligt aan deze benadering ten grondslag (Van

der Walle et al, 2007: 21). 'Reason based choice' veronderstelt dat een rationele overweging van opties altijd mogelijk, deze afweging moet gebeuren op basis van effectiviteit en efficiëntie. Goede besluitvorming is in deze stroming rationele besluitvorming.



Figuur 2: lineaire besluitvorming

Een nuancering van deze rationele benadering is 'bounded rationality' van Herbert Simon (1976). De beoogde rationaliteit die ten grondslag ligt aan besluitvorming wordt beperkt door onzekerheid, tegenstrijdigheden en beperkte mogelijkheden om alle alternatieven die er zijn te wegen en op basis daarvan 'de beste' keuze te maken. Binnen het gedachtegoed van 'bounded rationality' wordt gekozen tussen een beperkt aantal mogelijke oplossingen aan de hand van een beperkt aantal criteria. Niet de beste oplossing, maar een bevredigende oplossing wordt gekozen, die vervolgens wordt geïmplementeerd.

Aan de andere kant van het spectrum worden de lineariteit en de rationaliteit van besluitvorming sterk bekritiseerd (March, 1994 & Weiss & Bucuvalas, 1980). Zij betwijfelen of problemen, oplossingen en keuzes wel zo makkelijk te scheiden zijn. Is er wel een duidelijk onderscheid te maken tussen voorbereiding, keuze en implementatie? Volgens Weiss niet: "Decision making is fragmented (Weiss & Bucuvalas, 1980: 20), so it is hard to pinpoint where information is used, how, and to what effect." Quinn (1980) voegt toe: "Constantly integrating the simultaneous incremental process of strategy formulation and implementation is the central art of effective strategic management" (in: Van der Walle, 2007: 20). Strategie, spontane verandering, rationele keuzes en implementatie samen vormen de 'state of being' van een organisatie. Besluitvorming staat niet los van een organisatie en is geen objectieve afweging van argumenten. Besluiten nemen is de kern van een organisatie en een complex geheel van van keuzes uit rationele en politieke overwegingen, die niet altijd te scheiden zijn. Besluitvorming kan ook met terugwerkende kracht intreden: "Looking backwards it may seem as if a decision was taken, but at the time, nobody is aware of it" (Van der Walle & Bovoid, 2007). Daarmee wordt besluitvorming een complex geheel van keuzes uit rationele en politieke overwegingen, die niet altijd te scheiden zijn.

Actoren hebben geen gezamenlijke waarden of doelen en vaak tegengestelde belangen. Volgens Lindblom (1959) is het niet mogelijk om argumenten af te wegen op basis van efficiëntie en effectiviteit. Daarom gaan mensen op zoek naar andere argumenten. Hierbij zijn de dagelijkse praktijk, gewoonten, belangen en strategie vaak veel belangrijker dan het afwegen van keuzes. Besluitvorming is volgens hem dan ook "muddling through" (Lindblom, 1959: 79) is.

In lijn met het 'garbage can' model van Cohen, March en Olsen (1972) zijn besluiten fundamenteel ambigue. Hiermee gaan zij in tegen de rationele logica die bestaat uit de werkelijkheid, causaliteit en intentionaliteit. "We leave a decision world with coherent

intentions, expectations, identities and rules. Decisions are seen as vehicles for constructing meaningful interrelations of fundamentally confusing worlds, not as outcomes produced by a comprehensible environment” (March, 1994:179). Besluiten zijn niet alleen dingen die genomen moeten worden, maar een constante definiëring van de huidige situatie. Hoe mensen betekenis geven aan hun acties en hun omgeving is een complex proces aan keuzes, dat Cohen, March en Olsen (1972) vergelijken met een vuilnisbak: “one can view a choice opportunity as a garbage can into which various kinds of problems and solutions are dumped by participants as they are generated. The mix of garbage in a single can depends on the mix of cans available, on the labels attached to the alternative cans, on what garbage is currently being produced, and on the speed with which garbage is collected and removed from the scene” (p. 2).

Een belangrijk inzicht dat deze vuilnisbaktheorie verschaft is dat ambiguïteit de kern van de beslissing is en dat oplossingen en problemen niet direct aan elkaar verbonden zijn, maar zich onafhankelijk van elkaar kunnen ontwikkelen.

II - Samenwerken als omgang met diversiteit

Ook samenwerking is niet eenduidig, maar ambigue en ontwikkelt zich over tijd. Deelnemers vinden elkaar op specifieke momenten in een specifieke context en definiëren daarmee de realiteit. In het proces van ‘Excellente Zorg’ werken verschillende actoren en organisaties samen om een meetinstrument te ontwikkelen. Hierdoor moeten verschillende groepen het eens worden over het verloop van het proces: de visies van de deelnemers aan de besluitvorming zijn divers. Hiermee is ‘Excellente Zorg’ een voorbeeld van interorganisationale samenwerking en netwerkvorming.

Schruijer en Vansina (2007) hebben de processen van samenwerking in dergelijke situaties onderzocht. De kenmerken van interorganisationale samenwerking zijn diversiteit qua groeps- en organisatielidmaatschap, de aard van voortdurende ontwikkeling en het belang van probleemconstructies. Juist vanwege het uitgangspunt van diversiteit (aan belangen, doelen en perspectieven) komt de samenwerking tot stand. Het uitgangspunt voor een geslaagde samenwerking is het creëren van een gedeelte probleemconstructie, waarin ieder haar belangen kan herkennen. Daarnaast moeten de juiste condities worden gecreëerd voor het omgaan met onzekerheid, emoties en frustraties (Schruijer & Vansina, 2007: 213). Deze zijn het bijeenbrengen van de relevante partijen, de wil tot samenwerking, het vertrouwen in de andere partijen en het proces als geheel, helderheid ten aanzien van de probleemdefinities en doelen en tot slot het constructief en creatief om kunnen gaan met verschillen.

Koppenjan en Klijn (2004) zien een samenwerking tussen organisaties en partijen als noodzakelijk antwoord op onzekere situaties. De achterliggende gedachte is dat het in de huidige complexe samenleving niet meer mogelijk is om in je eentje alle misstanden aan te pakken. Gezamenlijke acties en bewustzijn van de wederzijdse afhankelijkheid is de sleutel tot succesvolle samenwerking, aldus Koppenjan en Klijn. Mandell en Keast (2009) bouwen voort op deze netwerktheorie, waarbij zij verschillende soorten netwerken onderscheiden. (1) Coöperatieve netwerken die draaien om het delen van informatie, maar waarbij onafhankelijkheid voorop staat. (2) Coördinerende netwerken, waarbij dienstverlening

geïntegreerd wordt, maar onafhankelijkheid grotendeels gegarandeerd blijft. (3)

“collaborative networks” waarbij alle partijen ‘interdependent’ zijn: “they cannot meet their interests working alone and that they share with others een common problem” (Mandell, 1994 in Mandell & Keast, 2009: 165).

In deze verregaande vorm van samenwerking is leiderschap van groot belang. Iemand die de faciliterende rol op zich neemt moet ik staat zijn om mensen te stimuleren en helpen tot een overeenkomst te komen en een proces te waarin gezamenlijke actie noodzakelijk en wenselijk is (p. 170 -173). Koppenjan en Klijn (2004) tonen dat als je naar deze vorm van samenwerking wil kijken, dat verschillende factoren van belang zijn voor het verloop van het proces. (1) Sommige actoren doen mee aan het proces en andere actoren worden daarbij uitgesloten. (2) De percepties en probleemdefinities van de verschillende actoren. (3) de mate van afhankelijkheid van de actoren. (4) de netwerken waarbinnen het proces plaatsvindt. (5) de momenten waarop het proces stagneert. (6) de interactiepatronen van actoren. (7) de ontwikkeling van de percepties van actoren en tot slot (8) de mate waarin samenwerking wordt geïstitutionaliseerd (p. 135). Al deze factoren dragen bij aan het verloop van een netwerkproces.

“Werkelijke samenwerking staat voor het constructief omgaan met diversiteit” (Schruijer & Vansina, 2007: 205) lijkt het devies te zijn. Daarbij is het belangrijk dat partijen wederzijds afhankelijk zijn, dat percepties naar elkaar toegroeien en dat partijen zich bewust zijn van de complexiteit van samenwerking. Er lijkt een grote rol weggelegd voor degene die deze constructieve houding mogelijk kan maken. “The question is how varying perceptions, information and knowledge, scattered over stakeholders and experts can be brought together and how - through a process of mutual learning - these can acquire a common meaning and result in interesting solutions” (Koppenjan & Klijn, 2004: 243).

Een complexe opdracht, maar natuurlijk van een aantal tips voorzien: analyseer voortdurend verschillende percepties en actoren, wees reëel over de mogelijkheid en moeilijkheid van samenwerken, focus op het voorkomen van impasses, beperk de managementkosten, houdt rekening met het institutionele klimaat, differentieer in het verloop van de samenwerking, neem als leider een onafhankelijke rol, wees voorzichtig met structuren de samenwerking te laten bepalen en evalueer continu! (Koppenjan & Klijn, 2004: 251-257).

Elementen in het proces

De laatste stap in de procesanalyse is het bestuderen van de mechanismen die aan de ontwikkelde patronen ten grondslag liggen. In de theorieën over besluitvorming en samenwerking komt de voortdurende strijd om een interpretatie van de werkelijkheid naar voren. Betekenisgeving, rationele argumenten, en macht en strategie zijn hierbij belangrijke ingrediënten. Betekenisgeving staat aan de basis van sociale constructie (Berendsen, 2007), is bepalend voor het proces van besluitvorming (Bailey, 1977, Lindblom, 1959, March, 1994, March & Olsen, 1972,) en beïnvloedt samenwerking tussen organisaties (Koppenjan & Klijn, 2004). Rationele argumenten zijn van invloed op het verloop van besluitvorming (Goodwin et al., 2004, Hodginkson et al. 2008, Van der Walle & Bovoid, 2007) en kunnen ingezet worden in samenwerkingsprocessen (Schruijer & Vansina, 2007). Bij de bestudering van de complexe

alledaagse praktijk van organisaties (Bekkers, 2007) zijn macht (Bailey, 1977, Bovens, 2004, Morgan, 1986), belangen (Bekkers, 2007, Koppenjan & Klijn, 2004) en strategie (Bailey, 1977, Schruijer & Vansina, 2007, Van Twist, 2004) bepalend voor het verloop van het proces.

In deze paragraaf zal ik daarom de theoretische concepten van betekenisgeving, rationaliteit en macht uitwerken om deze als elementen van de procesanalyse in de derde stap de kunnen gebruiken. Ik ga daarbij uit van een voortdurende interactie tussen actoren, interpretatie en betekenisgeving, strategie en ratio. Soms zal ik proberen om te elementen van elkaar te scheiden om het begrip van deze concepten te vergroten. Maar ik zal voornamelijk aandacht besteden aan de samenhang tussen betekenisgeving, rationaliteit en macht, want: “Power produces rationality and truth; rationality and truth produce power” (Flyvbjerg, 2001: 124).

I - Betekenisgeving: hoe sociale constructie processen kan vormen.

Wat betekent een voortdurende strijd om de definitie en interpretatie van de werkelijkheid? In navolging van Berendsen (2007), ga ik ervan uit dat het handelen van individuen wordt gevormd door het beeld dat zij van de werkelijkheid hebben. De interpretatie van de werkelijkheid, de definitie van situaties komt tot stand in sociale interactie: “het handelen van de één fungeert als stimulans voor het handelen van de ander en omgekeerd” (Berendsen, 2007 :26). Een gezamenlijk werkelijkheidsbeeld is het resultaat van een continue onderhandeling over de definitie van de situatie. Een tijdelijk gekozen houding ten opzichte van het proces kan gezien worden als een ‘gestold verband’ (Berendsen, 2007: 28). Wat mensen als probleem of juist als oplossing beschouwen is afhankelijk van de interpretatie, betekenisgeving en sociaal-geconstrueerde definitie van ‘de werkelijkheid’.

In het proces van beleidsvorming worden verschillende denkkaders met elkaar geconfronteerd en door een voortdurende strijd tussen groepen en actoren die proberen om hun interpretatie van de werkelijkheid aan de man te brengen (Berendsen, 2007). In dit proces vormen zich *coalities* tussen personen, denkkaders en groepen rondom een specifieke interpretatie of specifieke veronderstellingen. Een gezamenlijke interpretatie van de werkelijkheid wordt door deze coalitie ontwikkeld, gestructureerd en in stand gehouden. Volgens Berendsen (2007) is deze coalitie tijdelijk en leidend wat betreft initiatief en mogelijkheden om processen van onderhandeling te beïnvloeden. Deze groep actoren vormt ook de schakel naar de context: “De dominante coalitie oefent invloed uit op de vertaling van de omgevingseisen naar de organisatie” (van Dijk et al., 2004: 10).

Betekenisgeving en context zijn in dit onderzoek belangrijke begrippen. In lijn met Berendsen (2007) zal ik bij mijn onderzoek naar betekenisgeving kijken naar de houding die deelnemers innemen ten opzichte van het proces. Hierbij zal ik in lijn met Koppenjan en Klijn (2004) kijken naar de invloed die rollen, posities en visies hebben op de doelen, eisen en wensen die individuen stellen.

II - Rationaliteit in het proces

Victor Bekkers (2007) Bent Flyvbjerg (2001) en Frits Schipper (1993) signaleren dat zowel in de huidige sociale wetenschap als in het beleid- en managementgedachtegoed rationaliteit een belangrijke plaats heeft. “Beleid en beleidsprocessen staan in deze benadering in het

teken van het realiseren van doelstellingen” (Bekkers, 2007:55). Om deze doelstellingen te bereiken, moeten middelen worden afgewogen. In de rationele visie kan de overheid de samenleving en het management haar werknemers sturen door doelen te stellen. Het uitzetten van lijnen, besluitvorming, monitoring, handhaving en toezicht zijn rationele middelen om beleid te bewerkstelligen. Hierbij hebben kennis en informatie een cruciale rol. Hoe meer informatie, hoe beter de keuze, des te beter het beleid. Hoe meer informatie, hoe beter de evaluatie, des te beter het beleid. Beleidsprocessen worden ten slotte cyclisch en lineair benaderd. Een probleem wordt op de agenda gezet, waardoor beleidsvoorbereiding kan plaatsvinden. Wanneer voldoende kennis aanwezig is, kan het beleid bepaald worden, alvorens het uitgevoerd zal worden. Na de uitvoering vormen beleidshandhaving en beleidsevaluatie de laatste stappen (voordat men weer van voor af aan kan beginnen) in de beleidscyclus (Bekkers, 2007: 61).

De rationele benadering van organiseren is aantrekkelijk voor managers en onderzoekers. De mogelijkheid tot het maken van juiste keuzes op basis van informatie en de mogelijkheid tot controle van doelen en middelen maken de wereld beheersbaar. Het niet langs elkaar heen werken, tegenwerken, tegenspreken en het vooropstellen van efficiency zijn nog steeds veelgebruikte argumenten in het hedendaagse publieke debat. Ook Bovens et al. (2004) herkennen deze stroming, die zij de analytische stroming noemen, waarin communicatieve argumentatie binnen de besluitvorming plaatsvindt. Zowel problemen als oplossingen worden gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en criteria van relevantie, efficiëntie en doelmatigheid. Deze visie veronderstelt één superieure, beste manier van organiseren. Doel van het management is om die beste manier te ontdekken.

Het voordeel van deze rationele benadering van organisaties is volgens Morgan (1997) dat aandacht wordt besteed aan effectiviteit en standaardisering, wat vooral in een stabiele omgeving, met een duidelijke taakstelling van belang is. Het nadeel van deze visie is echter dat er weinig aandacht is voor de organisatie in interactie met zijn omgeving en dat de invloed van personen binnen organisaties onderschat wordt (Morgan, 1997: 28).

III - het inzetten van rationaliteit in het proces.

Volgens Flyvbjerg (1998) is het onmogelijk om op deze formele manier naar rationaliteit te kijken. Rationaliteit wordt gebruikt en ingezet als instrument in de strijd om de werkelijkheid. Daarmee worden informatie en rationele argumenten machtsmiddelen en blijken zij alles behalve objectief rationeel. Rationele, communicatieve argumenten worden ingezet om visies duidelijk te maken en kracht bij te zetten. Zo geeft Morgan (1997) een voorbeeld: “They [managers] use the idea of rationality as a resource for persuing political agendas” (p. 209). Welke argumenten als rationeel worden geaccepteerd, is bovendien afhankelijk van de interactie binnen het krachtenveld en daarmee geen objectieve factor.

Op abstract niveau laat Schipper (1993) zien dat er een verschil is tussen de algoritmische rationaliteit van de beoordelende rationaliteit. De eerste is de technische benadering van rationaliteit, die het redenerende denken vooropstelt. “Echt rationeel denken en kennen zou dan een aanvang nemen in evidente inzichten en verder volgens onfeilbare, vaste, dwingende stappen verlopen” (Schipper, 1993: 69). Een voorbeeld hiervan is de doel-middelrationaliteit, waarbij een eenduidig resultaat mogelijk is. De beoordelende rationaliteit

gaat uit van het feit dat het gebruik en de definitie van rationaliteit een sociale constructie zijn. “Ieder werken met algoritmen verwijst namelijk al naar een voorafgaande beoordeling, die een zinvol gebruik ervan juist mogelijk maakt” (Schipper, 1993:74). Iets wordt rationeel beschouwd op het moment dat het voldoet aan de geldende voorschriften van rationaliteit. Die voorschriften worden gecreëerd in sociale interactie en binnen die voorschriften is er mogelijkheid voor de individuele spelingsruimte om rationaliteit te beoordelen. Beide vormen van rationaliteit zijn normatieve noties, ze drukken een bepaalde kwaliteit uit, de aard van die kwaliteit is een sociaal geconstrueerd principe (Schipper, 1993: 67).

Flyvbjerg (1998) probeert de verwevenheid van rationaliteit en macht in de praktijk te laten zien. In zijn boek *Rationality & Power* poneert hij verschillende stellingen over de enorme invloed die macht heeft op de dagelijkse praktijk. Sterker nog, hij begint met de stelling ‘macht definieert realiteit’. Degenen die macht hebben, zijn in staat om grenzen te bewaken en daarmee de realiteit vorm te geven. De gedeelde interpretatie van de werkelijkheid (Berendsen, 2007) is de realiteit. In de strijd om die interpretatie, is macht en het toekennen van macht van cruciaal belang. “Power defines and creates concrete physical, economic, ecological and social realities. Zijn tweede stelling luidt ‘rationaliteit is afhankelijk van de context’, ook hier geldt dat rationaliteit pas relevant is, als deze in de praktijk door mensen wordt gebruikt. En hierbij telt niet alleen rationaliteit maar ook “rationalization”. Gegevens worden autoriteit toegekend door ze als rationeel in te zetten. Dat zegt volgens Flyvbjerg (1998) echter niets over de inherente rationaliteit van gegevens of het gebruik daarvan. Zijn derde stelling luidt dan ook “rationalization presented as rationality is a principal strategy in the exercise of power” (p. 228). De laatste stelling die ik hier wil behandelen is ‘hoe groter de macht, hoe kleiner rationaliteit’. Rationaliteit wordt vaak ingezet door de zwakkere partijen om meer macht te verkrijgen. Machtige partijen hebben rationaliteit veel minder nodig.

Deze stellingen van Flyvbjerg (1998), en de ideeën van Schipper (1993), tonen aan dat rationaliteit niet iets objectiefs is, maar ontstaat in de strijd om de interpretatie van de werkelijkheid en zelf ook een machtsmiddel is. ‘Rationalization’ kan daarom belangrijker zijn dan ‘ratio’ in de dagelijkse praktijk. In de procesanalyse van ‘Excellente Zorg’ zal ik daarom onderscheid maken tussen rationele argumenten, waarbij het afwegen van argumenten met als doel effectiviteit centraal staat, en gerationaliseerde argumenten, die een belangrijke machtsbasis hebben.

III - Politiek: macht, belangen en strategische argumenten

Dus “natuurlijk spelen bij besluitvorming rationele argumenten een rol, maar er is veel meer aan de hand” (Lemmens, 2003: 500). Rationaliteit kan worden ingezet als machtsmiddel, maar daarmee is de politieke strijd nog niet gedekt. Ook andere machtsmiddelen, belangen en strategie beïnvloeden het procesverloop.

Fehse (2002), lid van de raad van bestuur de Isala Klinieken in Zwolle, typeerde in haar proefschrift ziekenhuizen als *politieke organisaties*. Managers zetten de lijn uit en werknemers bundelen zich in overlegorganen om invloed te kunnen uitoefenen op deze lijn. “Centraal in de politieke benadering staat de gedachte dat de afweging tussen waarden en concrete belangen van partijen die daar vaak achter zitten, geen rationele afweging is” (Bekkers, 2007: 63). Het

dagelijks leven in een organisatie is te vergelijken met de dynamiek in de politiek: “An organization’s politics is most clearly manifest in conflicts and power plays that sometimes occupy center stage and in the countless interpersonal intrigues that provide diversions in the flow of organizational activity” (Morgan, 1997: 160). De politieke aspecten van een organisatie zijn het best te bestuderen door te kijken naar belangen, conflicten en macht.

Volgens Flyvbjerg (2001) is iedere vorm van handelen is het uitoefenen van macht. Macht is hierbij “a multiplicity of force relations immanent in the sphere in which they operate and which constitutes their own organization” (Flyvbjerg, 2001: 120). Macht kent verschillende bronnen, maar leidt over het algemeen tot het beter kunnen laten horen van je stem (Morgan, 1983: 170). Machtsposities maken hiermee bepaalde gedragingen en standpunten mogelijk, of sluiten deze uit. Maar waarom heeft iemand nou macht? In de literatuur komen verschillende machtsbronnen naar voren, de belangrijkste zijn: formele bevoegdheden, regels, beschikbaarheid over bronnen, kennis en informatie, de bestaande machtsverhoudingen, de aanwezigheid van een netwerk en symbolische macht (Morgan, 1997, Boonstra, 2004a).

Een kenmerk van macht is dat het zich niet altijd open en bloot openbaart. Goffman (1959) trok in de jaren '50 de parallel tussen een organisatie en het theater. Hij maakt onderscheid tussen twee interactiegebieden: frontstage en backstage. Het podium is zichtbaar voor het publiek. Het proces achter de schermen kent echter een hele andere dynamiek omdat hier geen publiek aanwezig is. Op het podium moet men zich schikken in zijn formele rol, in de coulissen is meer plaats voor eigen inbreng en individueel gedrag. Bovendien vinden de voorbereidingen op het spel plaats achter de gordijnen van het theater (Bailey, 1977). In organisaties wordt vaak gebruik gemaakt van het verschil tussen formele en informele sferen (Berendsen, 2007). Het voordeel van het onderscheid tussen frontstage en backstage is dat het laat zien dat sommige informele uitingen heel openlijk en nadrukkelijk plaatsvinden. Andere formele beslissingen worden ‘backstage’ genomen. Dit onderscheid biedt mogelijkheden voor de analyse van macht. In dit onderzoek zal ik proberen door het houden van interviews en informele gesprekken te achterhalen welke rol groepen ‘backstage’ spelen.

Het politieke karakter van organisaties komt speciaal naar voren binnen netwerken (Bekkers, 2007). De notie van strijd in arena’s en wederzijdse afhankelijkheid komt hierin sterk naar voren. Een arena is te beschouwen als het speelveld: “it is the place where a specific group of actors make choices on the basis of their perceptions of problems, solutions and each others’ strategies” (Koppenjan & Klijn, 2004: 50). Belangrijk is dat partijen tot op zekere hoogte rekening houden met de andere spelers en hier tactisch mee om proberen te gaan. Door de verschillen in belangen tussen mensen en groepen zal in een arena altijd conflict bestaan (Morgan, 1997: 167). De manier waarop het spel wordt gespeeld, is bepalend voor het verloop van het verdere proces.

Macht is volgens Flyvbjerg (2001) niet iets wat iemand bezit, maar iets dat mensen of groepen uitoefenen. Mastenbroek (1993) geeft dan ook aan dat macht en gedrag direct aan elkaar verbonden zijn: “Veranderingen in gedrag blijken nauw verbonden met macht, afhankelijkheid, status, prestige en gevoelens van eigenwaarde.” (p. 20).

Daarmee wordt ook het concept 'strategie' belangrijk. Van Twist et al. (2008) ontwikkelden de strategie-als-praktijk benadering. Niet alleen maar op de afdeling strategie worden politieke keuzes gemaakt, strategie is niet *iets*. Strategie wordt door mensen gedaan, door mensen benut, gebruikt. Dit interactieve proces van "strategievorming met alle onenigheden, verschillen van inzicht en waardegeladen beslissingen van dien (...) refereert aan de mensen die plannen, aan de mensen die middelen toedelen, aan de mensen die processen managen en aan de mensen die combinaties of misschien zelfs al die zaken doen (p. 7). Strategisch denken, handelen en argumenteren wordt daarmee een "dagelijkse sociale praktijk op allerlei niveaus van de organisatie" (p.9).

Niet alleen macht, maar ook belangen en posities spelen een belangrijke rol in processen. In het dagelijks leven gaat, volgens Flyvbjerg (2001) het om context, beoordelingen, ervaringen, proeftuintjes en intuïtie. Vaak zien wij deze vage en complexe begrippen als obstakels voor rationeel (en dus goed) handelen. Echter onze ervaringen zijn juist de kern van ons handelen: "In normal, familiar situations, real experts do not solve problems and do not make decisions. They just do what "works". This does not mean that experts never think consciously, nor that they always do the right thing. When there is time, and when much is at stake, experts will also deliberate before they act. Their deliberation, however is not based in calculated problem solving but on critical reflection over the intuition, which the expert applies." (Flyvbjerg, 2001: 17). De intuïtie en ervaring die mensen hebben stammen af van de posities die deelnemers in een organisatie hebben en de belangen die daarmee gemoeid zijn.

Daarmee is de logica van de praktijk een belangrijke factor in het proces. Pressman en Wildavsky (1973) sluiten zich hierbij aan en laten zien laat zien dat de dagelijkse praktijk, hoe iets altijd gaat en tegenstrijdigheden belangrijk zijn in procesverloop. Zij benoemen waarom deelnemers het eens kunnen zijn met bepaalde voorstellen, maar deze toch niet zullen voorstaan: "direct incompatibility with other commitments (...) no direct incompatibility, but a preference for other programs (...) simultaneous commitments to other projects (...) dependence on other who lack a sense of urgency in the project (...) differences of opinion on leadership and proper organizational rules (...) legal and procedural differences" (p. 98-100).

Resumé: een procesanalyse van 'Excellente Zorg'

In dit onderzoek zal ik het proces en de uitkomst van het traject 'Excellente Zorg' bestuderen. Hierbij is de context van het project en de individuen daarbinnen erg belangrijk. Deelnemers creëren beelden van de werkelijkheid, de context definieert de mogelijkheden die de deelnemers daartoe hebben. "Social processes are deeply embedded in the contexts that produce and are produced by them" (Pettigrew, 1997: 340).

In dit onderzoek zal ik de drie stappen van een procesanalyse doorlopen. Eerst zal ik, in de resultaten, een chronologie schetsen en het verhaal van de gebeurtenissen vertellen. Vervolgens zal ik in mijn analyse ingaan op de patronen in het proces door besluitvorming en samenwerking te bekijken. Tot slot zal ik op zoek gaan naar de onderliggende mechanismen door de rol die rationele argumenten, macht en betekenisgeving spelen te analyseren. Mijn doel is om uitspraken te kunnen doen over de mate waarin deze elementen het procesverloop beïnvloeden en de uitkomsten van het traject kunnen verklaren.



RESULTATEN

De voorgeschiedenis

Op een dag in 2007 hoort de voorzitter van de Nederlandse belangenvereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (de V&VN) een enthousiast verhaal over een ziekenhuis voor veteranen in Florida. Het blijkt een 'Magnet Hospital' te zijn, waar verpleegkundig leiderschap, autonomie en professionele deskundigheid centraal staan. Op deze manier weet het ziekenhuis in Florida de kwaliteit van zorg te garanderen én verpleegkundigen te behouden. De voorzitter: "op dat moment heb ik gezegd, we moeten hier naar gaan kijken, maar we moeten het ook anders doen. De Nederlandse situatie is namelijk anders dan de Amerikaanse." Volgens haar is Nederland een polderland waarin je moet samenwerken om dingen te bereiken. Zo kwam zij op het idee om de patiëntenvereniging (NPCF) bij haar initiatief te betrekken, daar draait het in de zorg immers allemaal om, "de patiënt is de hoofdrolspeler". De twee belangenverenigingen samen besluiten om een vertaalslag te gaan maken van de Amerikaanse naar de Nederlandse situatie.

In de zomer van 2008 organiseren zij daarom een eerste studiereis naar Amerika georganiseerd. Verschillende geïnteresseerden vanuit de V&VN, de NPCF, universiteiten en het St. Antonius Ziekenhuis (waar de V&VN nauw mee samenwerkt) kunnen proeven aan 'magnet'. Het enthousiasme was groot. "Toen hebben we afgesproken dat we na 3 maanden weer bijeen zouden komen. Als we dan nog net zo veel vlinders in onze buik hebben als op de terugweg, dan gaan we het doen. Als we over zijn gegaan op de orde van de dag, dan niet. Nou, het prikkelde nog steeds".

Eind 2008 besluiten de V&VN en de NPCF om een pilot te starten en het Amerikaanse Magnet-concept naar de Nederlandse situatie te vertalen. Hierbij wilden de belangenverenigingen meteen projectsubsidie aan vragen. "Maar we wilde niet wachten op het geld, we zijn meteen aan de slag gegaan. Gefinancierd door de V&VN en de NPCF maar ook gewoon door dingen in onze eigen tijd te doen, puur uit motivatie". Het ministerie is te spreken over het project, het past goed bij hun doelstellingen 'kwaliteit van zorg' en 'patiëntveiligheid', aldus een medewerker. De voorzitter van de V&VN: "Het beste wat we ooit hebben kunnen doen is samenwerken met de NPCF. De politiek is daar ook als een blok voor gevallen." De driehoek patiënt, verpleegkundige, organisatie en daarmee tevens resultaten, proces en structuur staat vanaf 2009 centraal in de pilot 'MagneetPlus'.

Naar instellingen die wilden deelnemen aan de pilot was het niet lang zoeken. "Vaak belden instellingen die ook magneet wilden worden of vonden dat ze het al op een bepaalde manier waren" aldus de voorzitter van de V&VN. De toekomstige ziekenhuisvoorzitter van de projectgroep EZ, die mee is gegaan op de eerste reis naar Amerika namens het St. Antonius Ziekenhuis, is inmiddels overgestapt naar het OLVG in Amsterdam. "Toen ben ik zo vrij geweest om te zeggen dat ik er wel aan mee wilde doen. Samen met het St. Antonius hadden

ze de eerste twee ziekenhuizen dus al te pakken. De toekomstige ziekenhuisvoorzitter van de projectgroep EZ: “daarna heb ik eigenlijk gezegd; ik wil dat wij alle 6 van Santeon mee kunnen doen omdat het hartstikke mooi is met elkaar op de trekken.” Het ministerie van VWS wilde in eerste instantie liever een kleine pilot met twee ziekenhuizen en twee zorginstellingen financieren. Maar met wat overtuigingskracht, werd het een project met zes ziekenhuizen en zes zorginstellingen.

De zes ziekenhuizen van Santeon hebben zichzelf dus voor deze pilot naar voren geschoven. “Zij toonden ambitie en het zijn zeker niet de minsten” aldus de voorzitter van de V&VN. Vanaf 2007 hebben de zes ziekenhuizen zich verenigd. In eerste instantie hebben zij achter gesloten deuren de handen ineen geslagen op het gebied van inkoop, HRM en kwaliteit van zorg. Op 30 maart 2010 tonen zij hun samenwerking aan de buitenwereld, zoals op de website valt te lezen:

“Zes toonaangevende, topklinische ziekenhuizen verspreid over Nederland bundelen de krachten onder de naam Santeon. Als nationale ziekenhuisgroep streven we naar de hoogste kwaliteit van medische zorg en gastvrijheid. Wat ons bindt, is een gedeelde passie voor mensen en innovatieve zorg. Samen zoeken we steeds naar vernieuwende oplossingen om de beste medische zorg te leveren aan onze patiënten.” Als belangrijkste punten worden een veiligheidsmanagement systeem, het analyseren van klantervaringen in de zorg en het uitwisselen van behandelingen en ervaringen.

Op 4 mei 2009 dient de NPCF de uiteindelijke subsidieaanvraag in. Het project met de V&VN, Santeon en zes andere zorginstellingen staat vast in een projectplan. Op 17 juni wordt deze gehonoreerd. €448.250 wordt beschikbaar gesteld op voorwaarde dat;

- Er een diagnostisch instrumentarium is ontwikkeld, bestaande uit drie pijlers
- Er een handleiding is voor de deelnemende zorginstellingen
- De meerwaarde van het Magneet+ concept in de Nederlandse zorginstellingen is aangetoond en de toegevoegde waarde is bewezen
- De eigen bijdrage van de deelnemende instellingen is gegarandeerd.

De instellingen zijn erg enthousiast en geloven dat ze een belofte voor de toekomst in handen hebben: “Magneet werkt echt letterlijk als een magneet, heeft een magnetisch effect”. Mensen raken er snel en gemakkelijk enthousiast over. “Je triggert ze allemaal”.

Het proces in fasen

19 juni 2009: verpleegkundigen, HR-managers en geïnteresseerden vanuit Santeon zijn bijeen in Nieuwegein. Onder het genot van een kop koffie en een plak cake wordt vooruitgeblijkt op de middag. Zouden de eerste contouren van het project MagneetPlus zichtbaar worden? Over het belang van de aandacht voor verpleegkundigen en hun professionaliteit is men het roerend eens: 'Tijd om aan het werk te gaan!'

Van 1 september 2009 t/m 1 juni 2009 gaan alle partijen dan ook hard aan de slag. Om dit proces in kaart te brengen, heb ik ervoor gekozen het project in fasen op te delen. Koppenjan en Klijn (2004) geven aan dat samenwerkingsprocessen altijd in fasen verlopen die worden gescheiden door een opmerkelijke gebeurtenis. Deze gebeurtenis vormt een brug tussen twee fasen en opent en sluit daarmee nieuwe mogelijkheden.

Fase I: De start: aftasten en plaatsbepalen.

Op 19 juni is de officiële aftrapbijeenkomst van de pilot 'MagneetPlus' georganiseerd door Santeon. Voor de ziekenhuizen is dit het moment waarop het proces 'Excellente Zorg' begint. Hoofdinspecteur Verpleging en Chronische Zorg, Jenneke van Veen, doet de waarde van het Amerikaanse magneetconcept uit de doeken. De projectleider MagneetPlus legt de plannen voor de vertaling van Magnet naar de Nederlandse situatie uit. Een beleidsmedewerker legt de verbanden met andere projecten waar de zes ziekenhuizen mee bezig zijn.

Uit de verschillende presentaties komt naar voren dat het enthousiasme groot is, maar de onzekerheid ook. Helder is dat de zes ziekenhuizen van Santeon aan de slag gaat met een 0-meting op basis van drie pijlers: de verpleegkundige pijler, de organisatiepijler en de patiëntenpijler (zie 'het project' op pagina 14). MagneetPlus is één van de verschillende projecten die Santeon SZ start om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De manier waarop het project precies zal worden ingericht, moet zich nog ontwikkelen. De gedroomde toekomst is duidelijk: ziekenhuizen die opvallen door hun kwaliteit van zorg en de kwaliteit die verpleegkundigen op de werkvloer hebben. Op welke manier dat precies gaat gebeuren, blijft nog een beetje onduidelijk: "Het was nog heel prematuur eigenlijk" aldus een HR-manager.

In de zomervakantie vinden de meeste voorbereidingen plaats. De stuurgroep is druk bezig met de aansturing, het regelen van de toestemming om de enquête EOM II uit Amerika te gebruiken en om alle partijen bijeen te brengen. De NPCF is druk met het ontwikkelen van de patiënten pijler. Welke gegevens uit de CQ index zijn van belang? Op welke factoren hebben verpleegkundigen direct invloed? De V&VN organiseert expert-bijeenkomsten om de Amerikaanse vragenlijst aan de Nederlandse situatie aan te passen. Zij regelen een proef bij twee ziekenhuizen om de nieuwe vragenlijst te testen. Daarnaast ontwikkeld de V&VN een kader van vragen voor de zelfevaluatie van de organisatiepijler. De ziekenhuizen leveren hun input in de verschillende bijeenkomsten, maar op dat moment is nog een beperkte groep mensen op de hoogte van alle werkzaamheden.

Vanaf september verschuift de focus: langzaam moet het voorbereidende werk veranderen in het echte werk. Hierdoor verschuift het accent van het werk dat de belangenverenigingen moeten doen in het ontwerp van de pilot naar de uitvoering in de praktijk door de ziekenhuizen. De eerste fase van het project loopt van september tot begin november. In de maanden september en oktober wordt overleg geïnstitutionaliseerd en de plannen voor het uitvoeren van de 0-meting worden gemaakt. De ziekenhuizen worden op de pilot voorbereid, maar van daadwerkelijke communicatie of het uitzetten van onderzoek is nog geen sprake. Dit is de fase van het klaarstomen van de ziekenhuizen voor het project en het uitzetten van de contouren waarbinnen dat moet gebeuren. Daarbij vinden nog geen concrete acties in de ziekenhuizen plaats.

Deze eerste fase van het project wordt gekenmerkt door een grote onzekerheid. Nog veel zaken binnen de pilot zijn onduidelijk; zo zijn er geen kaders voor de organisatiepijler; hoe de organisaties de zelfevaluatie moeten gaan invullen is een groot vraagteken. Ook de samenwerking is nog aftasten, de rollen zijn nog niet bepaald en elkaars wensen nog niet helemaal duidelijk.

1.1 Klaar voor de start? Af!

De maand september is altijd druk. Iedereen komt terug van vakantie en ondertussen zijn er allerlei lijnen uitgezet: de maand bij uitstek om te beginnen. Zo ook in deze pilot. Het eerste grote verschil met voor de zomervakantie, is de naam. Door juridische verkenningen is duidelijk geworden dat “het gebruik van de naam Magneet+ of alles wat verder op Magnet lijkt, is verboden” (Memo, 2 september 2009). Dit is een beetje een domper op de feestvreugde. Helaas voor het project beroept de ANCC (American Nursing Credentialing Centre) zich op het merken- en auteursrecht. In Nederland wordt een ánder concept ontwikkeld, waarbij dus niet dezelfde naam gebruikt mag worden. Het project krijgt wel toestemming om een Amerikaanse vragenlijst te gebruiken en deze in Nederland te valideren. Onder de naam 'Excellente Zorg' (EZ) wordt het traject voorgezet.

In september wordt afgesproken om een vast overleg te organiseren over de pilot om de inbedding in de verschillende ziekenhuizen te bewaken. Ieder ziekenhuis levert een verantwoordelijke vanuit de verpleegkundige staf. Daarnaast neemt een vertegenwoordiger vanuit HR deel aan dit overleg. Dit overleg zal in het traject de naam 'projectgroep Excellente Zorg' dragen. In deze projectgroep zullen alle belangrijke onderwerpen over de pilot voor de ziekenhuizen worden gesproken.

In oktober vind de eerste vergadering van die 'projectgroep EZ' plaats (voor het organogram verwijs ik naar 'het project' op pagina 14). Voor het eerst komen bestuurders, managers en verpleegkundigen bijeen om hun gedachten over de pilot te delen. Hier wordt duidelijk dat er nog veel onbekend is over de rollen van verschillende partijen en de mogelijkheden die Santeon heeft om invloed uit te oefenen en het project te sturen. De projectgroep EZ heeft het idee de pilot van de V&VN en de NPCF te moeten volgen: “V&VN en NPCF houden ondanks de gesprekken die met ze gevoerd zijn, toch hun tempo aan. Daar spreek ik ze één keer op aan, maar verder..(..) De planning is een vereiste van de V&VN en de NPCF ” en “Het zou fijn zijn als

dat wanneer plannen worden bedacht deze samen worden besproken voordat ze worden vastgezet.” (Vergadering stuurgroep, 19 oktober 2009).

1.2 Plaatsbepalen.

In de eerste fase is het nog niet helemaal duidelijk wie welke rol in het project op zich neemt. Hierdoor gaan deelnemers uit de ziekenhuizen de verschillen tussen de partijen benadrukken.

Zo zijn de V&VN en de NPCF druk bezig met het ontwikkelen van een instrument. Maar voor Santeon draait de pilot niet zozeer om het ontwikkelen van een wetenschappelijk instrument, als wel om de mogelijkheid tot concrete verbetering in de zes ziekenhuizen. “Maar veel belangrijker voor het ziekenhuis: wat we gaan doen met de resultaten?” (Vergadering stuurgroep, 19 oktober 2009). Wat de ziekenhuizen willen bereiken is dat er discussie plaats vindt over de mogelijkheden om de positie van de verpleegkundige beroepsgroep te verbeteren. Hiervoor is het belangrijk dat het meetinstrument werkt, betrouwbaar is en sturingsinformatie geeft. De precieze invulling van het meetinstrument is voor de ziekenhuizen minder belangrijk.

De V&VN is een belangenvereniging, een organisatie die zich in een politieke omgeving bevindt, en dat merk je in hun handelen. Een HR manager: “In het begin zag ik bij de V&VN en de NPCF (...) dat zij meer in een soort van belangenbehartiger van de doelgroep zitten. Bijna een soort van vakbondsachtige kenmerken vertonen. Om maar goed te zorgen voor de verpleegkundige”. In 2009/2010 is ‘Excellente Zorg’ een van hun belangrijkste projecten. De zes ziekenhuizen zijn weinig bezig met ideaalplaatjes en meetinstrumenten, zij zijn vaak al te druk met de dagelijks beslommeringen. Het verschil tussen idealisme en praktijk botst soms. Dezelfde HR manager: “Dan zie je het verschil tussen ons, soms waren ze wat eendimensionaal, dat het echt alleen daarom [belangenbehartiging] ging. Natuurlijk is een verpleegkundige belangrijk in een ziekenhuis. Maar we hebben altijd commentaar dat een arts denkt dat hij zaligmakend is, en nu gaan we hetzelfde roepen over de verpleegkundige!” In deze fase wordt benadrukt dat magneet (zo wordt het project immers nog steeds genoemd) een middel is om het doel 'kwaliteit van zorg' te bereiken. Magneet is dus niet een doel op zich. Bovendien is magneet slechts één van de verschillende projecten. Ook de arts en de schoonmaker zijn van belang in ieder ziekenhuis.

Het verschil tussen de ziekenhuizen en de V&VN en de NPCF wordt ook duidelijk als het communicatiemateriaal wordt gepresenteerd. De stuurgroep biedt een standaard poster en folder aan die de ziekenhuizen mogen gebruiken en aanpassen. Hier leggen zij uit wat ‘Excellente Zorg’ is en roepen zij verpleegkundigen op om de enquête in te vullen. Het materiaal wordt vol verontwaardiging en bijna met afschuw ontvangen. De toon is veel te frivol en politiek gekleurd, verpleegkundigen herkennen zich niet in de boodschap. ‘Verschrikkelijk’ (...) ‘Klinkt als wij V&VN hebben een project.. Nee, het OLVG is bezig met een enorm verbetertraject. Daar valt Excellente Zorg onder.’ (Vergadering stuurgroep, 19 oktober 2009). Al die bombarie is niets voor de verpleegkundigen, aldus henzelf. Als het Amerikaanse ‘power to the nurses’ valt, haken de meesten af.

Maar de V&VN ziet eigenlijk wel iets in de geest van ‘power to the nurses’. Deze verschillen en het initiatief dat bij de V&VN ligt, leiden ertoe dat de ziekenhuizen nog niet het idee hebben dat er sprake is van een echte *samenwerking*.

“We zijn net honden die moeten passen op hun eigen territorium” aldus een afgevaardigde uit één van de zes ziekenhuizen. Of zoals een betrokkene zegt: “Dat was dus domeinstrijd in het begin, het was het project van de V&VN en NPCF en wij mochten ook meedoen. Dat was de toonzetting in het begin.” De ziekenhuizen hebben het idee dat de V&VN en de NPCF eigenlijk denkt de baas over de zes ziekenhuizen te zijn. “In het begin hebben de V&VN en de NPCF ook wel gezegd ‘wij bepalen dan wat jullie verbeteracties zijn’. Ja, dag!” Hierin lijkt het alsof de ziekenhuizen en de belangenverenigingen soms vergeten dat zij een basaal andere positie en agenda hebben: “De V&VN wil een andere positie van de verpleging en de verzorging. De NPCF wil de positie van de patiënt opkrikken en wij willen de positie van onze ziekenhuizen verbeteren.” Deze verschillende wensen hoeven niet tegenstrijdig te zijn, maar leveren in het begin wel frictie op. Voor de ziekenhuizen is de pilot in het begin nog geen echte samenwerking.

De V&VN is zelf iets genuanceerder: “Wij zijn niet de baas over de zorginstellingen. Maar ik ben ervan overtuigd dat instellingen er zelf iets mee gaan doen. Ik weet het gewoon zeker.” In deze zelfverzekerdheid loopt de V&VN echter soms wel over de ziekenhuizen heen.

Hoewel de ziekenhuizen geregeld proberen initiatief te tonen, wordt dit snel afgewezen. Als Santeon het voorstel oppert om ook te overleggen met de 12 instellingen (dus ook de zes zorginstellingen), wordt duidelijk dat de V&VN en de NPCF de touwtjes in handen hebben: “Willen ze niet.” (Vergadering stuurgroep, 19 oktober 2009). Terugblikkend zegt een vertegenwoordiger van de ziekenhuizen dan ook: “Ik denk dat we wel wat meer invloed hadden en moeten hebben eigenlijk.”

Wellicht is een deel van het gebrek aan invloed te verklaren doordat Santeon zichzelf nog niet sterk verenigd heeft. De stuurgroep is pas net bijeengekomen en de ziekenhuizen zijn zelf nog niet helemaal van elkaars standpunten op de hoogte. “Afstemming tussen de huizen is erg belangrijk” (Stuurgroep, 19 oktober 2009). De verschillende ziekenhuizen moeten tegelijkertijd hun plaats ten opzichte van elkaar verkennen en een vuist maken tegen de V&VN en de NPCF die soms erg snel gaan in hun besluiten.

Binnen Santeon lijkt er een onderscheid te bestaan tussen verpleegkundigen en HR-managers. De HR-managers zijn vanaf het begin af aan betrokken geweest bij de pilot, zij hebben geprobeerd het initiatief te nemen. Verpleegkundigen zijn pas vanaf oktober echt betrokken. En in de geest van ‘Magnet’ willen zij voldoende invloed kunnen uitoefenen. Hoe dat mogelijk is, is voor verpleegkundigen soms lastig: “hoe verhoudt de projectstructuur van HRM zich met Excellente Zorg? In het begin kon mij dat ook eigenlijk niemand vertellen.” Een andere verpleegkundige is van mening dat ‘Excellente Zorg’ te lang in de portefeuille van HRM is blijven zitten: “ Nou, wij als verpleegkundige adviesraden [van de ziekenhuizen] zijn eigenlijk heel toevallig en vrij laat in het traject betrokken. Op eigen initiatief, dat was al vanaf het begin af aan jammer. (...) Ik vraag me af als wij niet zelf geroepen hadden van ‘hee, het gaat om de inhoud’ of en op welke manier we dan in beeld waren gekomen.” Maar aan de andere kant zien verpleegkundige ook de meerwaarde van de facilitering vanuit HRM: “ Achteraf denk ik: helemaal super dat juist die HR-managers dit stuk hebben opgepakt, want anders was het blijven liggen.” Maar de spanning tussen het oppakken van het project door HR en het uitvoeren ervan door verpleegkundigen, blijft in het begin aanwezig.

1.3: Resumé: aftasten en afwachten

De eerste fase van het project is een periode waarin de verschillende organisaties elkaar en hun werkwijze leren kennen. Geïnspireerd door het Amerikaanse magnet-concept werken de V&VN, de NPCF en de ziekenhuizen van Santeon aan een pilot. Het ontwikkelen, uitdenken en uittesten van een concept zal hierbij centraal staan. De eerste fase van de pilot wordt gekenmerkt door een grote onzekerheid: de samenwerking is aftasten, de rollen zijn nog niet bepaald en er is geen gemeenschappelijk streven.

In de praktijk zetten de V&VN en de NPCF de lijnen uit. De ziekenhuizen volgen en nemen een afwachtende houding aan. Zij merken echter wel dat hun invloed beperkt is en zijn daardoor nog niet onverdeeld enthousiast over de pilot. Als reactie hierop benadrukken de ziekenhuizen de verschillen met de belangenverenigingen. De ziekenhuizen moeten ook nog wennen aan hun eigen samenwerking binnen Santeon. Verpleegkundigen en HR-managers weten nog niet zo goed wat ze aan elkaar hebben, waardoor ook die samenwerking aftasten is. In de eerste fase worden weinig concrete acties ondernomen en lijken de verschillende partijen eerst de kat uit de boom te kijken.

Fase II: Het samenspel: Amerika als binding.

In de eerste week van november 2009 vertrekt een vliegtuig met een brede delegatie EZ van ongeveer 50 personen naar Amerika. Afgevaardigden vanuit de ziekenhuizen, zorginstellingen, belangenverenigingen en zelfs minister Ab Klink bezoeken verschillende ziekenhuizen en er is ruimte om over de vertaling van het concept in Nederland na te denken. Het doel is om inspiratie op te doen, het magneetconcept te leren kennen en de samenwerking te bevorderen. De reis naar Amerika is de cruciale gebeurtenis tussen fase één en fase twee. Na de reis staat niet meer het aftasten maar het samenwerken in de praktijk centraal. De 0-meting vindt plaats, waarbij ziekenhuizen de enquête EOM II door verpleegkundigen moeten laten invullen, zelf de zelfevaluatie moeten houden en de patiëntgegevens moeten aanleveren. Deze fase zal tot ongeveer eind december 2009 lopen.

2.1: De échte start.

Enorm enthousiast komen de afgevaardigden terug uit Amerika, zij hebben kunnen zien hoe het magneet concept echt werkt. Sommigen zijn jaloers op het aantal verpleegkundigen per afdeling, anderen op de verpleegkundige in de Raad van Bestuur, maar met name de andere *houding* van de verpleegkundigen is aansprekend. Verpleegkundigen zijn verantwoordelijk, nemen het heft in eigen handen en de organisatie is ondersteunend. Een verpleegkundige: "Wat je in Amerika ook zag is dat je wel iets moest doen met patiënt-tevredenheid, maar op welke manier je dat deed, dat moest je zelf weten, maar je moest wel aantonen dat je ermee bezig was en dat het steeds groeide." Een HR-manager: "Magneet is in mijn ogen dat je meer aan dit soort dingen gaat werken, dat je ze meer zelfbeschikking geeft, meer verantwoordelijkheden, maar ook meer bevoegdheden, met mogelijkheden om hun eigen werk invulling te geven. De reis naar Amerika was indrukwekkend, vooral om te zien hoe de positie van verpleegkundigen daar is. Hoe zij zich verantwoordelijk voelen voor bepaalde zaken."

Naast inhoudelijk enthousiasme heeft de reis naar Amerika ook een zeer positief effect op de samenwerking tussen de verschillende partijen. De projectleider: “Ik denk dat de Amerika-reis ook goed heeft bijgedragen aan de chemie, weet je, de mensen kenden elkaar daarvoor ook gewoon maar amper en moeten dan toch best veel doen.” Er lijkt sprake geweest te zijn van een bepaalde mate van team-building. Zo stelt een verpleegkundige die erbij was:

“In het begin kregen de V&VN en de NPCF subsidie van het ministerie voor dit project. Toen was er een sterk onderscheid met de ziekenhuizen. Wij waren van de uitvoer, de volgers, hadden geen positie. Het ging niet samen op. (...) Maar na de Amerikareis is die groep één geworden. Dat eindigde in de vraag over de deelname aan de landelijke projectgroep. Er komt schot in de zaak. Zelf heb ik sterk het gevoel dat we veel meer samenwerken, met als doel Excellente zorg”

Voor de meeste betrokkenen is deze samenwerking ontstaan in Amerika en doordat verschillende partijen en personen elkaar beter hebben leren kennen. De bestuurders weten wel beter. “In Amerika is het echt tot een climax gekomen (...) en heeft het behoorlijk gebotst.” (...) “Wij als ziekenhuizen steken toch onze nek uit, dan willen we ons er ook in herkennen.” De ziekenhuizen bleven het idee houden dat de V&VN en de NPCF eigenlijk niet wilden dat zij invloed hadden op het project. Ook leek, voor de ziekenhuizen, de V&VN steeds maar niet tevreden over de pilot. De ziekenhuisvoorzitter van de projectgroep EZ heeft toen het voortouw genomen en heeft geprobeerd om de onvrede van de ziekenhuizen tegenover de belangenverenigingen te uiten: “als je heel hard blijft zeggen dat wij er niet over gaan en dat het allemaal van jullie is, dan raak je ons dus kwijt. Dat moet je je realiseren, we moeten wel een beetje samenwerken.”

Na thuiskomst kwam een telefoontje; de V&VN: “ik heb het erover gehad en het is opgelost”. Op dat moment komt het voorstel voor een nieuwe stuurgroep. Tot en met november was het stellen van kaders en het uitzetten van lijnen voor het instrumentarium een taak voor de voorzitter van de V&VN en de NPCF. Daarna nemen ook afgevaardigden vanuit Santeon, zowel een HR-manager als een verpleegkundige, deel aan het overleg. Deze verandering is ook weergegeven in het organogram op p. 14. Voor de ziekenhuizen is dit een belangrijk signaal en opent dit de mogelijkheid tot gelijkwaardige samenwerking. “ We doen het samen, dus die spanning is er wel uit. Maar die heeft er wel gezeten.”

Voor de ziekenhuizen was het nog even lastig om de afgevaardigden voor de stuurgroep te bepalen. De ziekenhuisvoorzitter zal namens de bestuurders deelnemen. Daarnaast willen de V&VN en de NPCF graag een verpleegkundige in de stuurgroep. De ziekenhuizen zien de symbolische waarde, maar kiezen voor een organisatie adviseur met een verpleegkundige achtergrond.

Als ook die barrière is geslecht, gaan alle partijen vol hernieuwde moed, druk aan de slag. In de zes ziekenhuizen moeten verpleegkundigen de enquête EOM II invullen. 4000 verpleegkundigen, ongeveer 30 minuten per enquête. Het nut en de relevantie van het invullen van die vragenlijst, moet voor die tijd al duidelijk zijn. Iedere verpleegkundige ontvangt een mail of brief met een inlogcode, het invullen mag ‘in de baas zijn tijd’.

Verpleegkundigen geven aan anonimiteit erg belangrijk te vinden. Verpleegkundigen en HR-managers werken samen om alles in goede banen te leiden en vinden elkaar als partners in het project. De stuurgroep probeert de communicatie en een hoge respons aan te sturen. In deze fase wordt de pilot ineens van groot praktisch belang: in alle huizen moeten verpleegkundigen aan de slag. De pilot ligt echt niet meer op de tekentafel.

Ondertussen moeten afgevaardigden vanuit alle afdelingen de zelfevaluatie (voor de organisatiepijler) invullen. In de meeste ziekenhuizen is hiervoor een werkgroep samengesteld, bestaande uit afgevaardigden uit de verpleegkundige staf, medisch specialisten, teamleiders en ondersteunende diensten. In dit werk van een x-aantal pagina's kunnen de ziekenhuizen reflecteren op hun eigen sterke en zwakke punten.

De NPCF is druk bezig met het verzamelen van de patiënt-gegevens. De CQ-index is in Nederland in handen van de zorgverzekeraars. De verschillende Raden van Bestuur moeten toestemming geven om deze gegevens aan de pilot 'uit te lenen'. Als alle toestemmingen binnen zijn, kunnen de onderzoekers beginnen met de analyse.

In de tweede fase van de pilot zijn de partijen dus redelijk zelfstandig bezig. Ieder werkt aan zijn eigen taken om de 0-meting (de combinatie van de drie pijlers) te voltooien. Hierdoor lijkt een hechte samenwerking met de ziekenhuizen en de V&VN en de NPCF op dit moment niet noodzakelijk. Wel werpt de projectleider zich op als tussenpersoon voor het regelen van de communicatie- en informatiestromen tussen de V&VN en de NPCF. Zo kregen de ziekenhuizen iedere dag een update van het respons-percentage en ook de communicatie over de precieze invulling van de zelfevaluatie verliep via de projectleider.

Eind december blijkt dat een gemiddeld responspercentage verpleegkundigen van 52% is bereikt. Hoewel ingezet was op een respons van 70% zijn de instellingen tevreden. Wel merkten ze hoeveel moeite het kostte om aan iedere verpleegkundige de relevantie duidelijk te maken en ook acties door deze vragenlijst te beloven. Verleidingsmiddelen als het uitdelen van kerstbrood, het verloten van een feest of zelfs een geldprijs voor de afdelingen, worden ingezet. Het elektronische systeem blijkt soms te hebben gehaperd, waardoor mensen van de website af zijn gezet of niet konden inloggen. Het voornaamste punt is echter dat in enkele spaarzame gevallen verpleegkundigen inzicht hebben kunnen krijgen in de antwoorden van collega's door een storing op de server. Gematigd positief zijn de meeste ziekenhuizen, maar wel zeer benieuwd naar de uitkomsten. Ondertussen hebben de ziekenhuizen de zelfevaluatie ingevuld en is door de Raad van Bestuur toestemming verleend aan de NPCF om de patiënt gegevens uit de CQ-index te gebruiken. Het grote wachten is nu op de resultaten!

2.1 Eerst zien dan geloven; omgaan met complexiteit

Terwijl de ziekenhuizen en de belangenverenigingen druk aan de slag zijn, wordt voor de deelnemers duidelijk hoe complex het project eigenlijk is. 'Excellente Zorg' is niet voor niets een pilot, een project om zaken uit te proberen. Er zijn veel belanghebbenden en keuzes zijn niet altijd vastomlijnd. Voor deelnemers is dat soms lastig en het vergt veel van de flexibiliteit van de samenwerking.

De complexiteit van het project wordt door bijna alle deelnemers benoemd: “We zijn nog in ontwikkeling, ik denk dat je dat heel erg goed moet zien. Dat merk ik in de gesprekken [met andere verpleegkundigen, ITK] heel veel, van wat je nu zegt is heel terecht, maar ‘ho, ho het is nog niet klaar’. En juist doordat we hier tegenaan lopen of doordat wij dit nu zien kan je het verbeteren, of kan je een volgende stap zetten. En dat is wel lastig, om ergens aan te beginnen zonder dat je weet waar je uitkomt.” of “Je weet niet altijd van tevoren waar je uitkomt. Dat brengt mensen en organisaties in onzekerheid. Heel veel organisaties werken gewoon op zeker, op 100% zeker, dat maakt het lastig om dit te hanteren.”

Het lastigste punt in deze pilot is de veronderstelling dat je aan het eind van de rit een valide meetinstrument hebt. Dat betekent dus dat men er vanuit kan gaan dat de 0-meting echt iets zegt over de kwaliteit van zorg. Op basis daarvan zouden de ziekenhuizen dan aan de slag kunnen met concrete verbeteringen. Maar wat als het meetinstrument niet valide blijkt te zijn? a) dan zijn verder onderzoek en nieuwe methoden nodig en b) dan kunnen de ziekenhuizen niet al te veel waarde hechten aan de uitkomsten. Hiermee wordt het meest negatieve scenario beschreven, hier willen de meeste partijen niet vanuit gaan en zij blijven optimistisch. Toch hangt er altijd een wolk van deze onzekerheid boven het project, wat een reden is om een extra slag om de arm te houden.

De projectleider probeert daar zo goed mogelijk mee om te gaan: “Er is natuurlijk sprake van voortschrijdend inzicht dat dingen veranderen. Daar moeten we flexibel mee omgaan en kijken naar ‘wat dan wel’”. Dit heeft tot gevolg dat er veel moet worden ‘geschipperd’ in het project. Bijstellen, afstemmen en anders doen zijn de kern van het dagelijks handelen. Dat vraagt veel van de flexibiliteit van medewerkers en de capaciteit om vertrouwen te hebben in de toekomst zonder hoge verwachtingen te hebben.

Deze verwachtingen worden wat ingedamd door het pilot-karakter van het project te benadrukken. “Maar zo’n traject is niet allemaal van tevoren te bedenken. Het is toch echt veel voortschrijdend inzicht.” Een ander: “Dit is opnieuw zo’n project dat niet te plannen valt in een projectplan. Wat het opnieuw laat zien is dat je soms ook gewoon geduld moet hebben.” De projectleider: “Het is een traject (...) waar je ook niet altijd van tevoren kunt zien waar je uitkomt. Dat brengt mensen en organisaties in onzekerheid.” Geduld lijkt heel belangrijk te zijn in het project. Allemaal enthousiaste mensen die een hele hoop willen, maar niet alles kan direct in de praktijk worden gebracht en sommige zaken kunnen pas ‘gaande weg’ duidelijk worden.

Die onzekerheid maakt het project lastig te sturen: “het project is erg in ontwikkeling. Dan zet je een stap en dan denk je als ik nou twee stappen geleden iets anders had gedaan.. maar dat hoort een beetje met waar we mee bezig zijn. En misschien zijn er dingen die we achteraf gezien anders hadden moeten doen, maar ik loop gewoon mee.” Voor de deelnemers is het schipperen tussen een actieve en een afwachtende houding, tussen optimistische en reële verwachtingen, tussen pilot en project.

2.2 Niet alles gaat van een leien dakje..

In de tweede fase zijn alle partijen redelijk tevreden en druk bezig. De belangenverenigingen

en de ziekenhuizen ijken elkaar gevonden te hebben. Maar het project staat wel onder enorme tijdsdruk, wat een belangrijk punt van discussie is.

Lastig hierbij is dat de ziekenhuizen niet zelf voor het tijdspad hebben gekozen want “We hadden liever meer tijd gehad” (Stuurgroep OLVG, 19 oktober 2009) en “De workload, laten we het mooi zeggen, is behoorlijk ambitieus.” Een medewerker van de NPCF “Het is sowieso een project dat onder ongelofelijke tijdsdruk staat, 8 maanden om een instrument te ontwikkelen, dat is niet zo veel.”

Hierdoor verschuift het tijdspad flink. In eerste instantie (stuurgroep EZ, 14 september) is het de bedoeling dat de ziekenhuizen in november de vragenlijsten afnemen. “Ideaaltypisch is de deadline 1 december.” (Stuurgroep EZ, 12 oktober 2009). Maar al snel wordt dit beeld bijgesteld: “zij [de projectleiding] hebben maar weinig begrip en inzicht voor de praktische haalbaarheid. Ik bedoel dat kan niet zomaar even geleverd worden. Of termijnen zijn te kort, of op moment dat we hier een enquête naar verpleegkundigen sturen, als je denkt dat het zomaar even beantwoord wordt... dat moet je uitleggen, ze stimuleren, etc. Maar ook voor hun is het maar een stukje voor hun werk.” Al snel word de deadline verschoven naar 'voor de kerstvakantie' (Stuurgroep EZ, 20 november 2009). Daardoor zullen de deadlines voor de analyse van de resultaten ook verschuiven.

Dat levert bij de ziekenhuizen nogal wat frustratie op, een verpleegkundige: “Soms is het een beetje door de strot gedrukt, dat vind ik echt, in dat hele korte tijdspad, dus dat geeft ook weer druk in een organisatie, waarbij je het ook af moet vragen: wil je het met twee wielen door de bocht doen?” In de vergadering: “Ik laat mij niet onder druk zetten door hun tijdspad” (Stuurgroep EZ, 12 maart 2010).

Als het gaat om tijdsdruk, is ook de jaarplanning van groot belang. Daarbij blijkt het project gebonden aan triviale zaken als vakanties en vrije dagen. In de kerstvakantie kan je moeilijk aan verpleegkundigen vragen om een enquête in te vullen, en helaas voor de projectgroep EZ ligt het niet in hun macht om de data van de kerstvakantie vast te leggen.

Achteraf was de planning dan ook misschien wel iets te strak. De projectleider: “We hebben onszelf misschien wel wat aangedaan door het veel groter aan te pakken. Dat is ook echt hogedrukpan werk geweest.” Hiermee doelt hij op het aantal verpleegkundigen dat de enquête heeft ingevuld. Tijdens een interview: “aan de ene kant is dat heerlijk maar aan de andere kant is de snelheid waarmee dit gedaan is ook wel een beetje absurd. Dat vind ik echt. Er zit heel weinig ruimte in. Dat is ook leuk hoor, maar als je ernaar kijkt wat mensen allemaal moeten. Nu is er eigenlijk wel te weinig ruimte voor het creatieve proces geweest.”

Gelukkig laten de deelnemers zich niet zo makkelijk uit het veld slaan: “De tijdsdruk zet nu wrevel in de groep, maar door deze irritatie moeten we de pret niet laten bederven. Het kan ook leuk zijn, het gaat om de verpleegkundigen en om een daadwerkelijke verbeterslag.”

2.3 Resumé: druk bezig, geen tijd om stil te staan.

De reis naar Amerika heeft de samenwerking in de pilot goed gedaan. De rollen van de verschillende partijen zijn duidelijk en de ziekenhuizen krijgen voor hun idee meer ruimte voor eigen invulling. In de tweede periode gaat iedereen dan ook druk aan de slag om de pilot te laten slagen. Hoewel men verschillende wensen heeft, zijn die verschillen niet problematisch, de deelnemers zijn te druk bezig om alles op tijd rond te krijgen. De

ziekenhuizen zijn druk met het laten invullen van de enquête door verpleegkundigen. Ook moeten zij de zelfevaluatie invullen. Hierbij werken verpleegkundigen en HR-managers samen en verdwijnt het onderscheid tussen die twee groepen. De V&VN en de NPCF zijn ondertussen druk bezig met het verzorgen van informatie over de enquête en het verzamelen van gegevens voor de patiënten pijler.

Dit harde werken levert positieve energie op en brengt de partijen wat meer samen. Maar de ziekenhuizen zijn individueel bezig, dus van echte samenwerking is nog geen sprake. Hier en daar is wat onvrede over de tijdsdruk en de moeilijke communicatie. Maar de eerste stap is gezet, de 0-meting is afgenomen. De ziekenhuizen en de belangenverenigingen zijn enorm nieuwsgierig naar de resultaten en de mogelijkheid om iets te veranderen.

Fase III: Wachten, wachten en resultaat; een excellente toekomst?

De cruciale gebeurtenis die fase twee van fase drie scheidt, is het inleveren van de resultaten. Daarna, begin 2010, is het even rustig in het project. De enquête voor de verpleegkundige pijler is ingevuld door verpleegkundigen en opgestuurd naar Amerika voor analyse. De zelfevaluatie voor de organisatiepijler is samengesteld en ligt bij de onderzoekers voor analyse. De gegevens van de CQ-index voor de patiëntenpijler zijn beschikbaar gesteld en worden onderzocht binnen de NPCF. Voor de ziekenhuizen het moment om na te denken over de communicatie en plannen om te stellen over de omgang met de resultaten. "We doen nu nog niets, dus het is nog even wachten op de resultaten (...) Nu is het ook wel even goed om gas terug te nemen. (...) Maar we staan nu niet stil, want we gaan door met verbeteren," (Projectgroep EZ, 15 januari 2010).

Voor dat verbeteren zijn de resultaten van de drie verschillende pijlers nodig. Eigenlijk zouden de resultaten op 1 februari naar de ziekenhuizen worden gestuurd. 1 februari werd 15 februari, werd verschoven naar 1 maart en uiteindelijk hebben de eerste ziekenhuizen - na lang aandringen en omdat hun eigen tijdsplanning in het gedrang kwam - op 5 maart de uitslagen. In de twee weken die daarop volgen hebben ook de andere ziekenhuizen hun 0-meting ontvangen. Daarmee gaan zij aan de slag door de resultaten in huis te communiceren en mogelijkheden voor verbeteracties te verkennen. Sommige ziekenhuizen organiseren debatten en thema-bijeenkomsten, andere gaan met de Raad van Bestuur aan tafel. Hier zal ik verder op ingaan bij de resultaten van het OLVG, vanaf pagina 52.

In deze periode staan de validiteit van het meetinstrument en de eerste ideeën voor een vervolg in de projectgroep EZ centraal. Doordat de maand januari in het teken van wachten staat, hebben de ziekenhuizen deze punten uitgebreid kunnen overdenken. Een kritische discussie wordt niet uit de weg gegaan.

Want als de resultaten beschikbaar zijn, blijkt voor de ziekenhuizen hoe lastig het is om aan de slag te gaan. Enerzijds omdat de cijfers lastig te interpreteren zijn, en anderzijds omdat er nog veel onduidelijkheid heerst over de validiteit van het meetinstrument. De EOM II is gevalideerd in Amerika, maar betekent dat dan ook dat de 0-meting een valide diagnose is in Nederland? De patiëntenpijler is voor een deel gevalideerd, wat betekent dat? De organisatiepijler is niet valide, wat kunnen de ziekenhuizen dan met de uitkomsten? En als er

geen samenhang of correlatie te vinden is tussen de drie pijlers, wat zegt dat dan over het concept 'Excellente Zorg'?

Door deze vragen ontstaat er een irritatie ten opzichte van de V&VN en de NPCF, deze irritatie gaat men name om de inhoud van het instrument en minder om de samenwerking en de taakverdeling.

Tegelijkertijd beginnen de ziekenhuizen de mogelijkheden voor een vervolg te verkennen. De V&VN en de NPCF hebben bij VWS de mogelijkheden verkend voor een nieuwe subsidie. Aan de ene kant wil men een aanvraag doen voor het doorontwikkelen van het meetinstrument, aan de andere kant wil men een project starten om een keurmerk te ontwikkelen. De voorzitter van de V&VN heeft meerdere malen gezegd dat een tweede groep staat te springen om mee te doen. De verpleegkundigen zijn vrij sceptisch: "waarmee willen ze mee doen? Dit is echt gebakken lucht!".

Fase drie eindigt op 9 april, wanneer een bijeenkomst over de validiteit en de interpretatie van de data is gepland. Dat is de uitgelezen mogelijkheid om vragen te stellen en kritiek te uiten. Daarna moet bovendien het serieuze nadenken over een vervolg beginnen.

3.1 Kritisch over de samenwerking (1)

In januari en februari kunnen de ziekenhuizen dus weinig doen aan het project. Er ontstaat een moment om terug te kijken, een moment van reflectie. Hierdoor komt een stroom aan kritiek over de samenwerking naar boven. Voor een deel is het nieuwe kritiek - die zich richt op het tijdsfad en onzekerheid - maar voor een deel lijkt al langer levende kritiek uitgesproken te worden. Door expliciet de vraag te stellen 'kunnen wij als zes ziekenhuizen ook verder zonder de V&VN?' worden deelnemers ook geprikkeld om zich niet afwachtend en afhankelijk op te stellen.

In deze fase worden de verschillen tussen de belangenorganisaties en de ziekenhuizen expliciet en veelvuldig benoemd. Een bestuurder: "Daar zit de basale crux, zij doen het voor de patiënten, alsof wij het niet doen voor de patiënten. Ik probeer de boel bij elkaar te houden want het is heel makkelijk om de boel te laten ontsporen, dat is zo gebeurd. Ik vind het uiteindelijk voor die patiënt en die verpleegkundige van ons te waardevol om het te laten mislukken. Maar af en toe is het hard duwen." of, een HR manager: "In hun beleving zijn zij er zo trots op dat zij als beroepsvereniging het voor elkaar hebben gekregen dat zij onder 17.000 verpleegkundigen een enquête hebben gehouden, maar dat is niet ons perspectief."

De ziekenhuizen hebben, aldus henzelf, te weinig invloed. Een verpleegkundige: "Ik ervaar het alsof de NPCF en de V&VN in de lead zijn in dit project, en wij zijn participanten en onderzoekseenheden. Tegelijkertijd helpen we wel om het onderzoek vorm te geven. In de besluitvorming, daar geven wij adviezen, maar hebben wij geen directe stem."

3.2 Kritisch over het instrument

Als de eerste instellingen in maart de resultaten krijgen, wordt het belang van validiteit in één keer duidelijk: als de resultaten niet betrouwbaar zijn, kan je ze ook niet interpreteren. Of,

zoals er in het project werd gesproken ‘de spiegel die wij onszelf voorhouden, moet wel kloppen.’

De ziekenhuizen vinden het lastig om te bepalen of de spiegel klopt. De resultaten van de 0-meting zijn namelijk lastig te lezen en te interpreteren. Wat zeggen deze cijfers? Wat betekent het dat je 58,5 scoort op autonomie, maar het gemiddelde van de magnet hospitals 60 is? Waarom komen hele goede managers er niet heel goed uit? Als de deelnemers de vragenlijst erbij nemen, is de vraagstelling vaak onduidelijk². Zegt dit nou echt iets over onze ziekenhuizen?

Een ander belangrijk punt is dat in de rapportage wordt bepaald in hoeverre je voldoet aan het stempel ‘Excellente Zorg’. Hiervoor zijn de zes Nederlandse ziekenhuizen van Santeon vergeleken met Amerikaans Magnet-instellingen. De vraag is echter of die vergelijking correct is en of het instrument voldoende aan de Nederlandse situatie is aangepast. Zo scoren alle ziekenhuizen goed op de relatie arts-verpleegkundige. Dit beeld herkennen zij echter helemaal niet en is wat velen betreft juist een verbeterpunt. Al snel komt een plausibele verklaring boven tafel: in Amerika zijn artsen helemaal niet in dienst van het ziekenhuis, medisch specialisten hebben hun praktijk aan huis en komen slechts af en toe in het ziekenhuis. Hierdoor staan zij los van het ziekenhuis en is communicatie niet geïnstitutionaliseerd. In Nederland zijn artsen in veel gevallen in dienst via een maatschap. In het OLVG zijn artsen direct in dienst van het ziekenhuis, waardoor er een veel hechtere band is met het ziekenhuis. Dit soort verschillen leveren vragen op als ‘willen en kunnen wij ons vergelijken met Amerikaanse ziekenhuizen’ en ‘Willen wij niet onze eigen criteria of bandbreedte vaststellen?’

In de vergadering van de projectgroep EZ van 12 maart 2010 wordt geconstateerd dat er te veel onduidelijkheden zijn omtrent de interpretatie van de gegevens. De ziekenhuizen spreken af dat zij zelf de resultaten zullen bekijken, maar hier pas iets mee gaan doen na een gesprek met de NPCF en de V&VN. De belangenverenigingen moeten eerst alle vragen omtrent de validiteit en betrouwbaarheid van de verpleegkundige pijler beantwoorden (wat zij zullen doen op 9 april). Anders is het onmogelijk voor de ziekenhuizen om hun handelen te baseren op de resultaten van de 0-meting.

Een van de belangrijkste punten is de vraag van de samenhang. “Bij de aanvang van de pilot werd geschetst dat de 3 pijlers elkaar zouden kunnen versterken. Bij de terugrapportage worden verbanden niet gelegd.” (Notitie, 19 maart 2010). Excellente Zorg zou iets moeten toevoegen aan het Amerikaanse Magnet- concept. Namelijk, de organisatie en de gevolgen voor de patiënt, zouden worden meegenomen. Een relatie tussen deze drie onderdelen is echter nog onvoldoende onderzocht.

Voor de *verpleegkundige pijler* staat het punt van vertaling naar de Nederlandse situatie centraal. “Het instrument is nog niet gevalideerd in de Nederlandse situatie, hierdoor kunnen de resultaten niet goed worden geïnterpreteerd.” Ook hadden verpleegkundigen moeite met het beantwoorden van sommige vragen omdat de werkwijze in Nederland soms heel anders is dan in Amerika.

² Voor de 0-meting mochten de ziekenhuizen de vragenlijsten van de EOM II niet inzien, anders zouden zij de uitkomsten eventueel kunnen beïnvloeden.

Daarnaast is het lastig om de cijfers die er zijn te beoordelen en op waarde te schatten. “Een wetenschappelijke onderbouwing van de resultaten ontbreekt. Er is geen methodologische en statistische onderbouwing te geven op basis waarvan uitkomsten significant of niet benoemd worden. Daarnaast lijkt er een wegingsfactor een rol te spelen bij het totaaloordeel per subcategorie. Onderbouwing hiervan is niet inzichtelijk. Dit maakt vooral het wel of niet ‘Magnet’ zijn lastig te interpreteren.” (Notitie, 19 maart 2010). Waarom valt de ene score binnen de range en de andere daar buiten? Welke onderdelen zijn meer van belang en welke onderdelen minder? Voor de ziekenhuizen zijn deze vragen erg belangrijk om in te kunnen schatten waar zij staan.

Ook zijn er nog een hoop praktische vragen. Wie is namelijk de doelgroep van de EOM II? Welke verpleegkundigen neem je mee? Nu zijn in verschillende ziekenhuizen verschillende groepen³ uitgesloten, wat veel kritiek opleverde. Als verpleegkundigen van de poliklinieken de vragenlijst hebben ingevuld, waren echter veel vragen niet van toepassing. Deze antwoordmogelijkheid was niet aanwezig in de vragenlijst. Ook was er in de EOM II voor de respondenten de mogelijkheid om aan te geven hoe duidelijk en relevant de stellingen zijn. Deze gegevens zijn echter niet meegenomen in de eindrapportages aan de ziekenhuizen. Hierdoor is het voor de ziekenhuizen lastig om in te schatten waar zij op in willen zetten.

Over de *organisatiepijler* is iedereen kritisch: “De zelfevaluatie is als meetinstrument veel te vrijblijvend, er wordt geen bewijsmateriaal gevraagd en de zelfevaluatie wordt niet gecontroleerd tijdens een visitatie. Deze pijler moet verder worden ontwikkeld.” (Notitie, 19 maart 2010). Het voornaamste probleem is dat de kaders voor de zelfevaluatie zeer ruim waren. Ieder ziekenhuis heeft de vragen op zijn eigen manier geïnterpreteerd. Sommige hebben best-practices aangegeven, anderen hebben voorbeelden zowel positieve als negatieve zaken omschreven. De zelfevaluatie kostte enorm veel tijd en inspanning. De waarde die het heeft, is voor de ziekenhuizen echter beperkt.

Men is vooral benieuwd naar de *patiëntenpijler* en de bruikbaarheid in de praktijk. Door het Medewerkers Tevredenheids Onderzoek (MTO) hebben de meeste ziekenhuizen al een idee over de pijnpunten in de werkzaamheden van verpleegkundigen. De zelfevaluatie is door een brede delegatie ingevuld, waardoor verbetermogelijkheden op organisatieniveau naar voren zijn gekomen. De CQ-index is echter nog relatief onbekend in de ziekenhuizen. Zo ook in het OLVG. Medewerkers hebben hier zelf geen data voor moeten leveren en hebben daardoor geen concreet beeld van van de patiëntenpijler kan opleveren.

Het ander punt van, belang voor de ziekenhuizen, is wanneer een vergelijking van de resultaten van de zes instellingen volgt. Tot nu toe heeft de directe samenwerking binnen Santeon en het uitwisselen van ervaring de meeste resultaten opgeleverd. Een soort van benchmark op basis van de 0-meting zou verdere verbeteringen kunnen stimuleren. Tot slot hebben de ziekenhuizen het idee dat er niets met hun opmerkingen tijdens de ontwikkeling van het instrumentarium is gebeurd. De ziekenhuizen erkennen dat zij onvoldoende kennis over de wetenschappelijke ontwikkeling hebben, maar zij hebben het idee dat hun kennis over de bruikbaarheid in de praktijk niet is gebruikt. Zij vinden dat de bruikbaarheid van het instrumentarium een ondergeschoven kindje is. Hoe komen de vragen

³ Bijvoorbeeld verpleegkundigen op de Eerste Hulp mogen de enquête niet invullen omdat hun werksituaties te vee verschilt van die van verpleegkundigen op de afdelingen.

op verpleegkundigen over? Hoe kan je met de resultaten concreet aan de slag gaan? Aan welke sturingsinformatie hebben de ziekenhuizen behoefte?

3.3 Kritisch over de samenwerking (2)

Al deze vragen over de 0-meting, leveren eigenlijk ook een nieuwe stroom op aan kritiek op de samenwerking. Want zijn een aantal van deze vragen ook al niet tijdens de zomerperiode gesteld? Wat is er eigenlijk gedaan met de kritiek die de ziekenhuizen op de verschillende pijlers hebben gegeven? Als het gaat over het nut en de relevantie van de pijlers: "Ik mag toch hopen dat deze discussie al eerder is gevoerd."

Doordat de ziekenhuizen het idee hebben dat hun bijdrage aan het project niet altijd serieus wordt genomen, en ook doordat de pilot zijn einde nadert, wordt de vraag 'hoe gaan wij in de toekomst verder met deze samenwerking?' van steeds groter belang. Het wordt voor de ziekenhuizen steeds makkelijker om te spelen met de gedachte om zonder de V&VN en de NPCF verder te gaan.

Een van de voornaamste redenen is dat de rol van de belangenverenigingen als initiator helder is - "Want als we het dan zouden doen zonder de V&VN en de NPCF en VWS dan hadden we nog dromerig naar elkaar gekeken" - maar hun meerwaarde in het project blijft soms onduidelijk. "De samenwerking met de V&VN en de NPCF dat heeft voor mij nog niet zo veel handen en voeten." En voor het verbeteren van de patiënten zorg, zijn de V&VN en de NPCF geen noodzakelijk deelnemers. Sterker nog, als Santeon zelf verder zou gaan, zouden ze de kwaliteit van zorg - en niet het instrument - veel meer centraal kunnen zetten. Typierend voor de kwestie is het antwoord van een verpleegkundige op de vraag hoe het vervolg van de pilot eruit gaat zien. "Sowieso verder met de 6 ziekenhuizen. Ik heb niet zo'n goed beeld van de rol van de V&VN en de NPCF, dat komt ook doordat ik ze hier nog maar één keer heb gezien, wel in Amerika ook, maar voor mij staan ze er een beetje buiten. Ik snap wel dat ze onze opdrachtgever zijn, maar de inhoudelijke discussies hebben we hier heel duidelijk wel, maar voor de rest niet zo." Een andere verpleegkundige: "Zouden we het zonder hun kunnen doen? Ik denk het wel. Is het verstandig om het zonder hun te doen? Dat laat ik in het midden. Maar het is zonde dat we geen gebruik maken van ze. Dat is zonde."

3.4 Ondertussen zelf aan de slag

In de stroom aan kritiek op het instrument en de samenwerking, zijn de ziekenhuizen vooral met elkaar bezig. Zo worden er in het Verpleegkundig Inhoudelijk Overleg (VIO) steeds meer onderwerpen besproken. Waar de vergadering eerst gevuld was met vragen over het project en het benadrukken van de verpleegkundige inbreng, worden in de derde fase steeds meer inhoudelijke kwesties besproken. Hoe gaan de verschillende ziekenhuizen om met scholing? Welke verschillende kwaliteitsregisters zijn er en wat zijn daar de ervaringen mee? Welke ziekenhuizen hebben een verpleegkundige visie op papier staan? Is dat iets om gezamenlijk op te pakken? Een HR manager over deze ontwikkeling: "Goed hè? Ik denk dat dat ons belangrijkste succes is, dat zonder dat we het zo noemen eigenlijk een verpleegkundige adviesraad van de zes ziekenhuizen hebben gemaakt. Dat geeft aan hoe hard Excellente Zorg nodig is. Want verpleegkundigen krijgen in hun eigen ziekenhuis nauwelijks meer de tijd en

de gelegenheid om over hun vak te praten, zij moeten produceren, dat is waarom het zo hard nodig is.”

De pilot Excellente Zorg geeft de samenwerking binnen Santeon een extra impuls. Verpleegkundigen merken dat ze elkaar makkelijker vinden en dat Santeon zich steeds meer inhoudelijk bindt. Soms zijn acties van Santeon veel waardevoller dan de 0-meting. Een verpleegkundige: “En als ik naar de uitwerking kijk, bijv. van de zelfevaluatie. Wat wij terugkrijgen is eigenlijk niet meer dan een samenvatting. Waar wij van leren, is dat overzicht dat [iemand van Santeon] heeft gemaakt. Maar dat hoort niet in het project op zich.” Voor de deelnemers aan ‘Excellente Zorg’ vanuit de ziekenhuizen is de meerwaarde van de samenwerking binnen Santeon soms groter dan de deelname aan de pilot op zich.

3.5 Als het instrument toch valide blijkt te zijn

Op 9 april geven twee onderzoekers van de V&VN en de NPCF samen met de projectleider een presentatie aan de zes ziekenhuizen. Hierin verdedigen zij de wetenschappelijke onderbouwing van het instrumentarium. Hoewel de ziekenhuizen steeds kritischer zijn, is eigenlijk de centrale boodschap dat het met de validiteit wel goed zit.

In deze bijeenkomst vallen een hoop puzzelstukjes op hun plaats. De EOM II is een valide instrument. Voor de definitieve pilot is een test gedaan in het OLVG en het St. Antonius, hieruit bleek dat verpleegkundigen de vragen herkennen, snappen en vinden dat zij een totaal beeld van hun arbeidstevredenheid geven. De Amerikaanse vragen zijn vertaald naar het Nederlands en hertaald naar het Amerikaans om de validiteit te garanderen. Gemiddeld vindt 96% van de verpleegkundigen de vragen duidelijk en 95% vinden ze relevant.

Ook de patiëntenpijler blijkt minder lastig dan gedacht. De statistische onderbouwing lijkt waterdicht. Het blijkt dat de verschillende items van de CQ-index werkelijk iets zeggen over de kwaliteit van zorg voor de patiënt van verpleegkundige handelingen.

De zelfevaluatie is een ander verhaal. De ziekenhuizen hebben hun best gedaan om de organisatiepijler naar eer en geweten in te vullen, maar men kan nog niet spreken van een instrument. Hoewel de zelfevaluatie een indicatie is van het organisatorisch functioneren, is er geen sprake van controle mechanismen en kunnen statische berekeningen niet worden uitgevoerd.

Het algemene beeld dat de belangenverenigingen schetsen is dat zij een valide instrument hebben ontwikkeld, in ieder geval men spreekt over de verpleegkundige- en de patiëntenpijler. Dit instrument kan worden ontwikkeld worden door de organisatiepijler te verbeteren en door te kijken naar de onderlinge samenhang van de drie pijlers. Hoewel verder onderzoek nodig is, kun je op basis van het instrumentarium uitspraken doen over de mate waarin verpleegkundigen en patiënten tevreden zijn over hun werk en de zorg die zij krijgen. Voor de ziekenhuizen komt deze boodschap eigenlijk een beetje onverwacht. Ze hadden zich de zaken veel negatiever voorgesteld. Ze weten eigenlijk niet zo goed hoe ze hiermee om willen gaan en hebben het idee dat ze langs elkaar heen praten. Een verpleegkundige: “Ik weet het nog niet zo goed. Het verhaal over de validiteit zal zeker kloppen, maar ik vind nog steeds dat er dubbele vragen in de enquête worden gesteld. En ik blijf me afvragen wat de uitkomst van de enquête nu daadwerkelijk zegt. Ik hecht meer waarde aan een continue verbetertraject

op de verschillende aspecten dan aan de score wel of niet 'Magnet'." De wetenschappelijke validiteit is met de bijeenkomst van 9 april afgekaart, maar de vragen over de bruikbaarheid blijven bestaan.

3.6 Resumé: Fase 3 - afwachten en kritisch zijn.

Nadat de data van de verpleegkundige pijler eind 2009 naar Amerika zijn gestuurd, begint het grote wachten op de resultaten van de 0-meting. Als deze in maart bekend worden, zijn ze echter nog niet direct bruikbaar voor de ziekenhuizen. Hierdoor ontstaat een negatieve sfeer bij de ziekenhuizen; ze zijn ontevreden over de samenwerking en over het instrument. Bovendien zien ze ook weinig vooruitgang in het project in het algemeen. Ze hebben het idee dat zij als ziekenhuizen te weinig invloed hebben op de invulling van de pilot en dat daardoor te weinig aandacht is voor de praktische bruikbaarheid van het instrumentarium. Ook twijfelen zij aan de wetenschappelijke validiteit. De V&VN en de NPCF geven echter in een speciale bijeenkomst op 9 april 2010 aan dat er geen reden tot zorgen is. De verpleegkundige- en patiëntenpijler zijn betrouwbaar en valide. Omdat de organisatiepijler dat niet is, de correlatie nog mist en er weinig aandacht is geweest voor de bruikbaarheid van het instrumentarium, houden de ziekenhuizen toch een slag om de arm.

Fase IV: en hoe nu verder?

9 april is de cruciale gebeurtenis waarmee fase drie en vier van elkaar gescheiden worden. Na deze bijeenkomst over de validiteit en bruikbaarheid van het instrumentarium, weten de ziekenhuizen hoe deze geïnterpreteerd kunnen worden en kunnen deze in de ziekenhuizen gecommuniceerd worden. In deze fase is bijvoorbeeld het OLVG druk bezig met de presentatie van de resultaten aan de staf, de lijn en verpleegkundigen en het verkennen van de mogelijkheden om verbetertrajecten te starten. De V&VN en de NPCF zijn druk bezig met het presenteren van de resultaten in instellingbezoeken. Ieder ziekenhuis wordt opgezocht om in gesprek te gaan over de resultaten. In de analyse van het OLVG zal ik hier verder op ingaan, vanaf pagina 52. De instellingsbezoeken zijn het laatste moment van contact tussen de ziekenhuizen en de belangenverenigingen in de pilot en het enige moment waarop dialoog over de pilot direct mogelijk is.

Tussen april en juni komt de projectgroep EZ niet meer bijeen. De ziekenhuizen zijn op zichzelf gericht en stellen de samenwerking en het uitwisselen van ervaringen, zowel binnen de Santeon-groep als met de V&VN en de NPCF, uit tot in of na de vakantie.

In de subsidieaanvraag aan VWS hebben de belangenverenigingen aangegeven de pilot te eindigen met een conferentie. Dit doen zij op 3 juni 2010 in een afsluitende bijeenkomst. Omdat er nog geen concrete gevolgen zijn gegeven aan de resultaten en de pilot, dringen de ziekenhuizen aan op een bijeenkomst die het karakter van een werkconferentie heeft. Maar, de belangenverenigingen willen de pilot aan een breder publiek presenteren. Zoals zij zelf zeggen: "Grote interesse uit de buitenwereld, bij instellingen, stakeholders en de media, roepen nog een ander doel op van deze slotconferentie. Deze dient ook als een externe markering van het afronden van de pilot. Een momentum dat we niet moeten

verliezen.” (V&VN, 2010b). Hiermee wordt de bijeenkomst van 3 juni eveneens een persbijeenkomst.

Tijdens deze bijeenkomst geven de V&VN en de NPCF een overzicht van de activiteiten tijdens de pilot, zowel gericht op geïnteresseerden en pers als op afgevaardigden van VWS. Hun algemene boodschap is dat de V&VN en de NPCF de pilot ‘Excellente Zorg’ tevreden afsluiten met het behalen van de voorafgestelde doelen: een basis van grondige rapportages en een meetinstrument, waarmee een 0-meting heeft plaatsgevonden. De belangenverenigingen benadrukken dat de 0-meting veel groter van schaal is geworden dan vooraf gepland en daarmee meer zeggingskracht gekregen heeft. De voorzitter van de V&VN sluit af met de woorden “we hebben goud in handen en dat moeten we behouden.”

In de bijeenkomst wordt vooral het nut en de meerwaarde van de pilot benadrukt. Deelnemers zijn enthousiast over het idee dat verpleegkundigen te “binden, boeien en behouden” zijn als zij meer “lef en liefde” in en voor hun vak hebben. Hiermee zullen de V&VN en de NPCF positieve aandacht in de publiciteit genereren.

Ten opzichte van de afgevaardigden van VWS is er aandacht voor de noodzaak tot verdere analyse en ontwikkeling van het meetinstrument om echt een valide instrumentarium in handen te hebben. Vooral de patiëntenpijler en de organisatiepijler moeten verder ontwikkeld worden, waar natuurlijk de steun van VWS bij nodig is.

Dat de V&VN en de NPCF door willen met ‘Excellente Zorg’ staat buiten kijf. Hoe dat vervolg er concreet uit zal zien is op 3 juni 2010 nog niet duidelijk. VWS verstrekt tot 1 augustus 2010 nog geen subsidies en met de deelnemende instellingen zijn nog geen concrete ideeën uitgewisseld. Hoogstwaarschijnlijk zal dit besluitvormingstraject in de zomer van 2010 plaatsvinden. Op de conferentie presenteren de V&VN en de NPCF hun ideale vervolg, dat uit drie stappen bestaat: (1) extra analyse op basis van de in de pilot verkregen data, zodat meer onderzoek gedaan kan worden naar wat instellingen kunnen met de resultaten. (2) het doorontwikkelen van het instrumentarium door de vragen en de schalen te verbeteren en meer correlatie te bewerkstelligen. (3) aan de slag gaan met “een tweede schil instellingen”, zodat deze het nieuwere instrumentarium kunnen testen. Hiermee hopen de V&VN en de NPCF in 2011 een dynamisch kwaliteitsverbetersysteem neer te kunnen zetten, dat een basis instrument is dat ziekenhuizen kunnen gebruiken om “Excellente Zorg’ te bereiken.

Voor de ziekenhuizen is de bijeenkomst van 3 juni niet zo belangrijk. Voor hen is het piloottraject minder duidelijk gescheiden van het vervolgtraject. Omdat de gevolgen van ‘Excellente Zorg’ nog zichtbaar moeten worden, heeft het minder zin om de pilot af te sluiten. Wel is het ook voor de ziekenhuizen belangrijk om zich te bezinnen op de toekomst en hun rol daarin. Die bezinning zal helaas buiten het kader van de in dit onderzoek onderzochte pilot vallen.

4. 1: Waargemaakte verwachtingen en nagekomen afspraken?

Met de bijeenkomst van 3 juni is de pilot ten einde. In de toekomst zullen verschillende partijen met de inhoud van ‘Excellente Zorg’ verder gaan. Maar aan het einde van de pilot, kan de balans worden opgemaakt. Wat is er tot nu toe bereikt met de pilot en zijn de vooraf geformuleerde verwachtingen waargemaakt?

Op de website van de V&VN valt het doel van de pilot Excellente Zorg te lezen:

“Begin 2010 is een instrument ontwikkeld. Dit instrument is in staat om de beoogde cultuuromslag en verbeteruitkomsten in de deelnemende zorginstellingen zichtbaar te maken. Dit instrument brengt in kaart:

- de patiënt: de dienstverlening, de kwaliteit van zorg en patiëntervaringen;
- de verpleegkundigen en verzorgenden: de aanwezigheid van een magnetische werkomgeving (de afwezigheid van vermijdbare vertrekredenen voor verpleegkundigen);
- de organisatie: het aantal vacatures en het verloop van personeel.

Het instrument is getest op validiteit en betrouwbaarheid.

Vervolgens is bij de deelnemende zorginstellingen een 0-meting gehouden. De uitkomsten hiervan zijn geanalyseerd, genormeerd (waar dat kan) en individueel teruggekoppeld naar de zorginstellingen. Ook is een benchmark uitgevoerd.” (venvn.nl/Vakdossiers/ExcellenteZorg).

Een verpleegkundige: “als je dan vraagt voldoet dat aan de verwachtingen, dan zeg ik nee. Op meerdere onderdelen niet, het instrument is nu niet getest op validiteit en betrouwbaarheid, daar moeten nog een aantal slagen overheen voordat dat echt zo is, we hebben een 0-meting gehad, maar als je niet weet of een instrument valide is, is het de vraag hoe je met je gegevens om moet gaan. En de wisselwerking tussen de drie pijlers is nog niet aan bod gekomen.” De 0-meting heeft plaatsgevonden, maar voor de ziekenhuizen is de bruikbaarheid niet altijd duidelijk. Vooral op het niveau van de vragen in de enquête zijn er nog een aantal vragen over het nut en de relevantie.

Maar in de laatste fase blijkt dat wetenschappelijk gezien het instrument de patiënt, de verpleegkundige en de organisatie redelijk tot zeer goed in kaart brengt. De onderlinge verbanden kunnen nog niet worden aangetoond, maar er staat een valide verpleegkundige pijler en een grotendeels valide patiëntenpijler. Voor de kwalitatieve organisatiepijler kan men nog niet spreken, het aantal vacatures en verloop van personeel is dan ook niet meegenomen in deze pilot. De beoogde cultuuromslag, het daadwerkelijke verbetertraject, vergt meer tijd en energie. Toch zijn volgens de V&VN en de NPCF de doelen over het algemeen bereikt. Er is een 0-meting gehouden op basis waarvan de deelnemende instellingen aan de slag kunnen. De deelnemers zijn het erover dat dat geen resultaat is om ontevreden mee te zijn.

En wat is er terechtgekomen van de vooraf geformuleerde verwachtingen, zie ik in ‘het project’ op pagina 17 heb gepresenteerd?

De V&VN en de NPCF hebben inderdaad een projectleider aangesteld. Zij hebben gezorgd voor het verwerken van de data en een rapportage aan de instellingen. De deelnemende ziekenhuizen hebben zich echter niet altijd ondersteund gevoeld. Bijeenkomsten om de dialoog aan te gaan zijn nauwelijks georganiseerd, instructie liet geregeld op zich waren en de informatievoorziening verliep soms moeizaam.

De RvB’s van de ziekenhuizen hebben de officiële deelname aan de pilot ondertekend. Ieder ziekenhuis heeft een eigen projectgroep gevormd die zorgt voor de communicatie binnen de instelling. Waar mogelijk hebben de ziekenhuizen meegewerkt aan het ontwikkelen van een instrumentarium, maar vaker wilden de V&VN en de NPCF dit in eigen beheer

houden. De drie pijler zijn afgenomen in alle ziekenhuizen en verantwoording aan VWS is afgelegd.

De laatste - en misschien wel belangrijkste - verwachting is dat de ziekenhuizen aan de hand van de meetresultaten verbeterplannen opstellen. Dat is echter met het einde van de pilot, begin juni 2010, nog niet gebeurd. In het OLVG zijn de deelnemers nog te druk met het vertellen en het uitleggen van de resultaten. De stap naar verbetering komt voor de ziekenhuizen pas later. En eigenlijk zal ook dan pas de waarde van 'Excellente Zorg' voor de ziekenhuispraktijk blijken.

De verwachting dat vanuit de 0-meting als vanzelf de organisatiepraktijk veranderd kan worden, heeft in het project de meeste spanning opgeleverd. Voor de ziekenhuizen is het heel belangrijk dat zij met de resultaten aan de slag kunnen. Omdat er weinig met hen is gepraat over de bruikbaarheid waar zij behoefte aan hebben en hoe je de data kan interpreteren, zijn de ziekenhuizen op dit gebied teleurgesteld. Ze kunnen zeker wat met de resultaten die ze nu gekregen hebben, en hebben veel gehad aan de ontwikkelingen binnen de Santeon-groep, maar het idee blijft bestaan dat ze er misschien meer mee hadden kunnen doen met de pilot als hun visie van begin af aan was meegenomen.

4.2 Resumé: Fase 4 - het slot.

In de laatste fase gebeurt er weinig op projectniveau. De ziekenhuizen gaan zelf aan de slag, organiseren bijeenkomsten met werknemers over de resultaten en proberen hen te stimuleren hiermee aan de slag te gaan. Het instellingsbezoek van de V&VN en de NPCF is daar een onderdeel van. De pilot is op 3 juni formeel afgesloten, er staat een meetinstrument, dat nog verder ontwikkeld moet worden, maar waar de ziekenhuizen wel iets mee kunnen. Dat betekent dat na de pilot voor hen het werk pas echt begint. De pilot is vooral een wetenschappelijk project geweest van de belangeninstellingen. Nu is het aan de ziekenhuizen om te zorgen dat ook de werkvloer de vruchten plukt van 'Excellente Zorg'. Dat is weer een geheel nieuwe uitdaging.

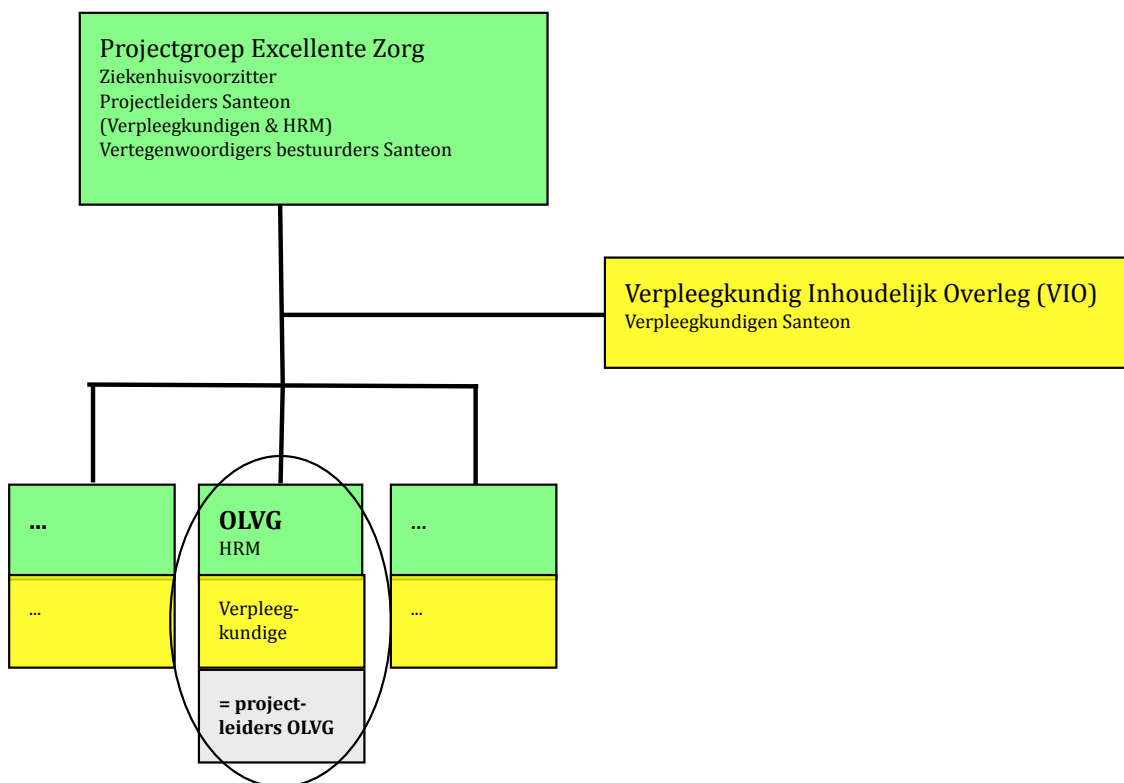
Het proces in het OLVG

Een teamleider heeft net een nieuwe verpleegkundige aangenomen; "een leuke vlotte, zelfstandige tante." De HR-manager vraagt of hij vanuit de HR nog iets kan bijdragen. "Nee, geheel in lijn met deze excellente zorg moeten wij dat natuurlijk zelf doen!" is het enthousiaste antwoord. Langzaam maar zeker sijpelt het gedachtegoed achter Excellente Zorg ook in de ziekenhuizen door.

Deze anekdote laat het gedachtegoed van 'Excellente Zorg' in de praktijk zien. Voor het OLVG in Amsterdam is 'Excellente Zorg' een manier om verpleegkundigen met meer plezier en energie te laten werken. Een stimulans voor nieuwe initiatieven en ontwikkelingen; één van de nieuwe verbetermogelijkheden. De pilot is nog wel een idee, een gedachte, waar op de werkvloer nog niet veel van te merken is. Achter de schermen en in de hogere regionen van de organisatie worden dingen voorbereid, langzaam worden de verpleegkundigen aan het bed bereikt.

In deze paragraaf wil ik de wisselwerking tussen het project en de projectorganisatie en een concreet ziekenhuis laten zien. Hoe kijkt het OLVG naar 'Excellente Zorg'?

Het OLVG heeft zijn eigen stuurgroep ingesteld (zie figuur 3). De stuurgroep OLVG is de schakel tussen de landelijke projectgroep EZ en het ziekenhuis. De HR-manager en de verpleegkundige die deelnemen in de landelijke projectgroep EZ fungeren als projectleiders binnen het OLVG. Samen met afgevaardigden vanuit de verpleegkundige staf, communicatie, 'teaching hospital' en de teamleiders brainstormen, in principe om de week, over de concrete gevolgen van 'Excellente Zorg' voor het ziekenhuis.



Figuur 3: Projectstructuur, focus op stuurgroep OLVG

De twee projectleiders van het OLVG communiceren besluiten en afspraken die in de projectgroep EZ zijn gemaakt aan het ziekenhuis. Tevens zorgt de stuurgroep OLVG voor input in de projectgroep EZ. Intern is de stuurgroep OLVG een van de vele platforms om ideeën uit te wisselen en heeft het overleg geen prominente positie. De stuurgroep in het OLVG zorgt voor betrokkenheid vanuit verschillende disciplines bij het project en is meer een overlegorgaan dan een besluitvormingsorgaan.

In de praktijk komt de stuurgroep OLVG maandelijks bijeen, vaak een week voor de landelijke stuurgroep. Dit heeft tot gevolg dat de informatie vaak pas een maand later het ziekenhuis in gaat.

Een groot gedeelte van de vergaderingen in het OLVG wordt dan ook besteed aan informatievoorziening. Het is belangrijk dat werknemers op de hoogte zijn van ontwikkelingen in het project en dat het doel van de verschillende pijlers duidelijk is. Maar het blijkt voor de projectleiders lastig om de structuur van het project helder over te brengen. Deelnemers binnen het OLVG zijn vaak niet op de hoogte van het verloop van het proces, de structuur, genomen beslissingen en ideeën die er heersen. Ook geven zij aan dat het lastig is om het project en de voortgang te plaatsen. Als een van de projectleiders (in maart 2010) uitlegt over de laatste vergadering van de stuurgroep is de reactie “waarvan?”. Of als het gaat over het instellingsbezoek: “O ja, er komt een hele rits mensen, of was dat een ander project? O, ik ben soms zo de kluts kwijt.”

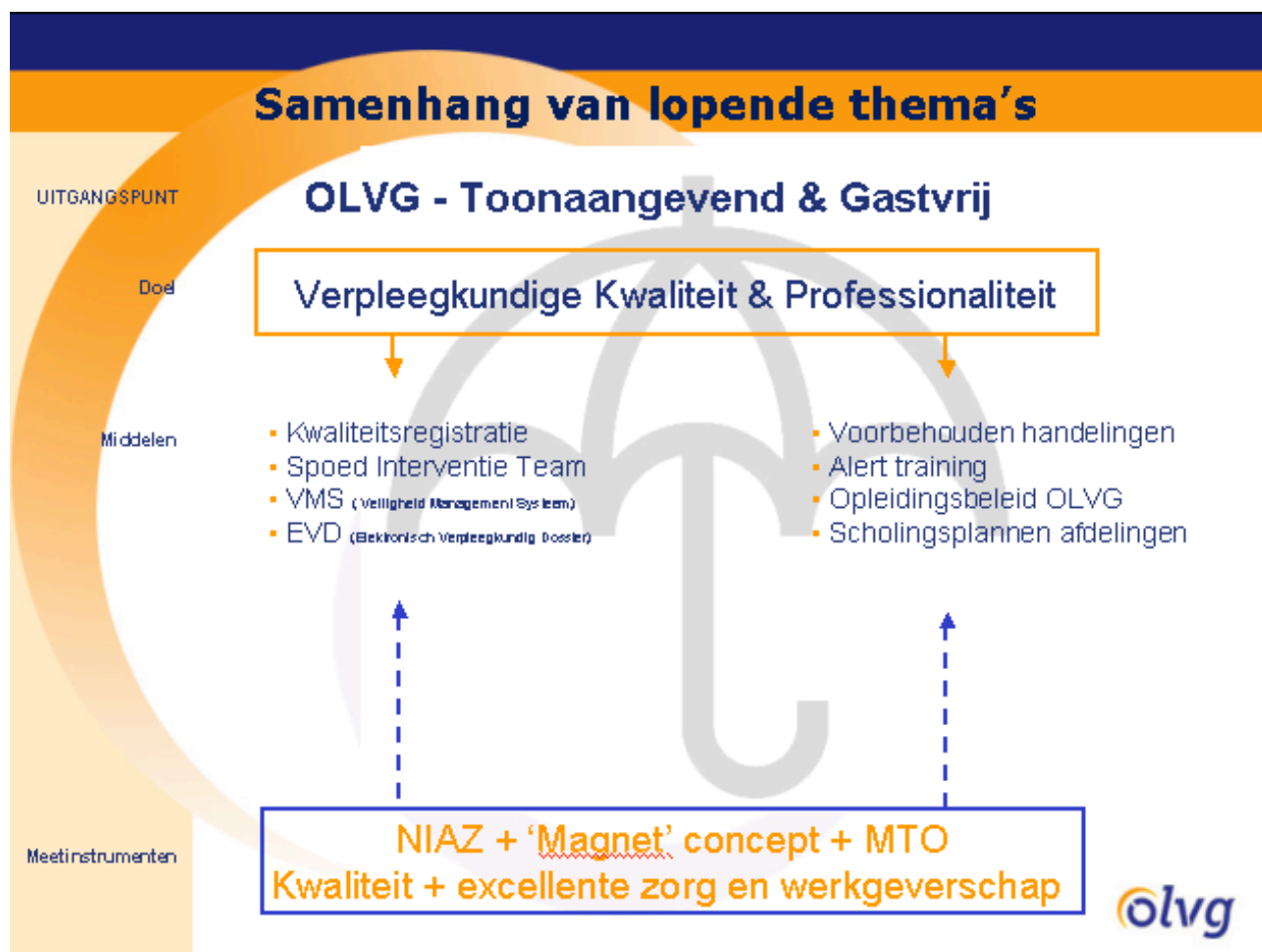
De stuurgroep OLVG richt zich vooral op de procesmatige kant van het project, waarbij de communicatie centraal staat. Het moet helder zijn voor de verpleegkundigen, teamleiders en de Raad van Bestuur wat ‘Excellente Zorg’ is, wat ze ermee moeten doen en hoe het past binnen het ziekenhuis. Het informeren van de deelnemers over de voortgang van het project en het opstellen en uitwerken van het communicatieplan neemt het grootste deel van de vergadertijd in beslag. De stuurgroep OLVG is meer bezig met het uitvoeren van ‘Excellente Zorg’ dan met het sturen en ontwikkelen van het project.

Het gedachtegoed achter ‘Excellente Zorg’ spreekt de stuurgroep OLVG erg aan. De verpleegkundige doelgroep is voortdurend onderwerp van gesprek. “verpleegkundigen een plek geven, met veel meer plezier nog beter werk afleveren” zijn doelen waar men samen aan wil werken. De verpleegkundige pijler heeft daarmee alle aandacht. Dit komt ook doordat de stuurgroep OLVG een hoge respons op de enquête EOM II wil stimuleren. De organisatiepijler krijgt soms aandacht van de stuurgroep, vooral als het gaat om wie deze moeten invullen (de deelnemers van de stuurgroep OLVG krijgen allemaal een gedeelte toegewezen) en wat daarvoor de standaarden zijn. Het gesprek gaat zelden over de patiëntenpijler, eigenlijk hebben de deelnemers ook geen concreet beeld van deze pijler. Dit komt vooral doordat zij hier zelf geen input voor moeten leveren en de relevantie voor de praktijk van het ziekenhuis niet duidelijk is.

Doordat het project ‘Excellente Zorg’ nog geen duidelijk inhoudelijk kader of heldere inbedding heeft, dwaalt het gesprek snel af naar de dagelijkse praktijk, het project ‘Excellente Zorg’ is namelijk niet het enige wat er speelt. Het functioneren van een specifieke afdelingen, communicatiebijeenkomsten in het verleden en persoonlijke ervaringen hebben in de vergaderingen een grote rol.

Het project 'Excellente Zorg' is belangrijk voor het Verpleegkundig StafConvent (VSC) van het OLVG. Vanaf 2008 timmert de verpleegkundige staf aan de weg. Het VSC is een verpleegkundige adviesraad die projecten van en voor verpleegkundigen oppakt en implementeert. Vanaf 2008 is deze adviesraad geprofessionaliseerd en worden zij door de Raad van Bestuur meer bij beleidsvorming betrokken. Zo heeft het VSC in het OLVG begin 2010 een groot project onder de noemer 'verpleegkundige kwaliteit en professionaliteit' gelanceerd. "Door de verpleegkundige kwaliteit en professionaliteit centraal te stellen, willen we toonaangevend (blijven) zijn in de zorg die we leveren. Zo werken we continu aan patiëntveiligheid, ontwikkeling van onze medewerkers en zijn we een aantrekkelijke werkgever (een geweldige plek om te werken) op de arbeidsmarkt." (Jaarplan VSC, 2010). 'Excellente Zorg' is een van de projecten die moeten bijdragen aan deze doelstelling.

Voor de stuurgroep OLVG is het dan ook belangrijk om het project 'Excellente Zorg' goed in te bedden. Het project moet passen bij de visie van het OLVG en reeds lopende projecten. Verpleegkundigen moeten 'Excellente Zorg' als verbetertraject kunnen plaatsen. Om een duidelijke boodschap het ziekenhuis in te sturen, werkt de stuurgroep OLVG met het beeld van een paraplu (zie figuur 4).



Figuur 4: overzicht van de projecten in het OLVG

In dit figuur is de paraplu weergegeven waarbij de algemene visie van het OLVG is 'toonaangevend en gastvrij' is. Een belangrijk onderdeel hiervan is de verpleegkundige kwaliteit en professionaliteit. Om dat te bereiken heeft het OLVG verschillende middelen

geselecteerd. Het kwaliteitsregister, een loopbaan- en ervaringsdossier, is daar het eerste voorbeeld van. Om te bepalen hoe goed het OLVG in staat is om die middelen in te zetten maken zij gebruik van verschillende meetinstrumenten, 'Excellente Zorg' (in dit figuur nog 'Magnet' concept) is daar één van. Een ander instrument dat in het figuur wordt genoemd is de NIAZ-accreditatie, een algemeen geaccepteerd kwaliteitskeurmerk in Nederland.

Daarnaast geeft dit figuur aan met hoeveel verschillende projecten het OLVG tegelijkertijd bezig is. Hoewel zij een geheel vormen, is het soms ook een kwestie van kiezen. Waar besteed je op welk moment het meeste aandacht aan? Dit overzicht geeft ook aan hoe lastig het is een project te positioneren en te voorkomen dat verpleegkundigen door de bomen het bos niet meer zien. Daarbij is het opmerkelijk dat 'Excellente Zorg' wordt gezien als een middel om de kwaliteit van zorg te meten en aan de hand daarvan verbeteringen op te zetten. Hiermee wordt duidelijk dat de stuurgroep OLVG 'Excellente Zorg' ziet als een middel en niet als een doel op zich.

Eén van de lastige zaken voor het OLVG in de pilot is het enerzijds gezamenlijk optreden binnen Santeon en anderzijds de eigen voorkeuren volgen. Zoals de interne projectleider zegt: "Het is moeilijk om 6 ziekenhuizen erbij te betrekken en tegelijkertijd de ruimte te geven." (12 oktober 2009). Of een bestuurder: "Het is de kunst om zonder hun autonomie aan te tasten wel een netwerk in stand te houden." (Stuurgroep 14 september 2009). Aan de ene kant wil Santeon gezamenlijke acties op touw zetten, een visie neerzetten, van elkaar leren. Maar aan de andere kant wil ieder zijn eigen stijl houden, ieder heeft zijn eigen communicatie boodschap, zijn eigen Raad van Bestuur, zijn eigen keuzes. Of zoals een HR-manager zegt: "Helemaal op een lijn zullen we nooit zitten, maar ik vind dat we redelijk goed bij elkaar aansluiten." Daarom wordt er zo veel mogelijk samengewerkt, een verpleegkundige: "Ik denk dat waar je kan samenwerken, moet je dat doen. Maar het moet ook vooral niet te remmend werken."

De stuurgroep OLVG wordt in de praktijk vaak op de hoogte gebracht van discussiepunten in het VIO en ontwikkelingen in andere ziekenhuizen. De voornaamste taken van de stuurgroep OLVG, communicatie en de inbedding van het project, zijn zaken die ieder ziekenhuis op zijn eigen manier aanpakt. Wel denken de deelnemers van de stuurgroep OLVG na over het formuleren van een verpleegkundige visie in Santeon-verband. Hiermee worden de deelnemers zich bewust van de mogelijkheden die de samenwerking, met zes ziekenhuizen, biedt.

Aan ander lastig punt voor de stuurgroep van het OLVG is dat zij het idee hebben dat zij pas aan de slag kunnen als de resultaten er zijn. Tot die tijd wachten zij af. Als de resultaten bekend en valide zijn, dan pas is kunnen zij daar hun eigen invulling aan geven.

Als de resultaten in april 2010 bekend zijn, ligt de dus bal bij de stuurgroep OLVG. Het gehele project wachten de deelnemers op de mogelijkheid om direct invloed uit te oefenen op de werkvloer. Met de resultaten in de hand zou dat moeten kunnen.

Maar eigenlijk heeft de communicatie in april, mei en juni wederom meer aandacht dan de acties. De maand april wordt besteed om alle communicatielijnen tot in detail uit te zetten. Vanaf mei wordt er daadwerkelijk gecommuniceerd. Natuurlijk moet eerst de Raad van

Bestuur op de hoogte worden gebracht. Vervolgens geven de projectleiders verschillende presentaties aan bedrijfsleiders, de OR en de Raad van Toezicht. Eind mei 2010 zijn -"dan eindelijk" - de verpleegkundigen aan de beurt. In drie inloopsessies van een uur worden zij op de hoogte gebracht van het project, de ontwikkelingen en met name de resultaten.

Het OLVG heeft het best gescoord van de zes Santeon ziekenhuizen. Op zes van de acht kenmerken heeft het ziekenhuis al de Magnet-norm behaald. In het algemeen zijn vooral de waardering voor het vak en het regelvermogen van verpleegkundigen punten die voor verbetering vatbaar zijn. Daarnaast zijn er soms grote verschillen tussen de afdelingen, deze zouden nog veel meer van elkaar kunnen leren. Meteen wordt door de verpleegkundigen benadrukt dat het niet moet blijven bij het presenteren van de resultaten, er moeten ook acties volgen. Helaas zit de jaarplanning tegen en moet dit traject over de zomer heen worden getild. In september 2010 zal een werkconferentie en een debat worden georganiseerd om echt toe te werken naar verbeterpunten. Pas na de zomer zal 'Excellente Zorg' op de werkvloer merkbaar zijn.

De pilot eindigt voor het OLVG met het werkbezoek van de V&VN en de NPCF op 27 mei 2010. Daar presenteren zij de resultaten van de drie pijlers aan de stuurgroep OLVG en de Raad van Bestuur. De belangenverenigingen benadrukken de goede score van het OLVG en leggen de resultaten per vraag uit. Ze hopen dat de informatie over de arbeidstevredenheid van verpleegkundigen, de zorgtevredenheid van patiënten en de ondersteuning vanuit de ziekenhuizen handvatten bieden voor verbeteringen in de praktijk. Daarnaast vragen zij aan het OLVG om na te denken over hoe zij de toekomst van 'Excellente Zorg zien', welk aandeel zij daarin willen hebben en welke stappen nog gezet moet worden.

In het werkbezoek spreken de partijen af dat ze van elkaar op de hoogte blijven en op het moment dat meer duidelijk is of en wanneer VWS het project zal subsidiëren⁴ zullen zij het gesprek voortzetten. Een duidelijk besluit hierover wordt nog niet genomen.

Resumé: de wisselwerking tussen het project en het OLVG

De nadruk ligt in het OLVG dus meer op de vorm dan op de inhoud. Er wordt veel gebrainstormd, maar de echte acties zullen pas na de zomer van 2010 bedacht worden en dus pas in 2011 geïmplementeerd worden. Het OLVG volgt, is geïnteresseerd en ziet de potentie in het concept. Maar tijdens de pilot draait het vooral om de voorbereidingen, projecten "moeten eerst in de week moeten worden gelegd om later ingeschoten te kunnen worden" (verpleegkundige). Hierdoor zijn communicatie en inbedding onderwerp van gesprek, het ontwikkelen van een concept wordt daarmee op de achtergrond gedrongen. Hoewel 'Excellente Zorg' als landelijk project in volle gang bezig is, merkt het OLVG daar in de praktijk nog weinig van.

⁴ VWS heeft van maart 2010 t/m augustus 2010 een algemene subsidiestop. Hoewel VWS positief tegenover een vervolg op 'Excellente Zorg' staat kunnen zij ook na augustus 2010 geen subsidie garanderen.



ANALYSE

De chronologie, het verhaal van de gebeurtenissen is de eerste stap van een procesanalyse. In de resultaten heb ik het project 'Excellente Zorg' in verschillende fasen opgedeeld en het verloop van het proces uiteen gezet.

In deze analyse zal ik me richten op stap twee en drie van een procesanalyse. Ik zal eerst op zoek gaan naar de patronen in het proces. Hierbij zal ik de samenwerking en de besluitvorming, die ik in het analytisch kader als onderdelen van het proces heb benoemd, analyseren. Hierbij zal ik me vooral richten op het project 'Excellente Zorg' als geheel. Daarna zal ik de onderliggende mechanismen die de patronen vormgeven analyseren. Hierbij zal ik gebruik maken van de ideeën achter rationaliteit, macht en betekenisgeving. In deze stappen zal ik geregeld reflecteren op de wisselwerking tussen het project en een individueel ziekenhuis, het OLVG. Ik zal eindigen met een reflectie op de relatie tussen het proces en de uitkomsten binnen de context van het project.

1 - Het verloop van de samenwerking als patroon

Volgens Schruijer & Vansina (2007) bestaat samenwerking, in het bijzonder tussen organisaties, bij de gratie van diversiteit. Rollen die individuen of groepen hebben (Berendsen, 2007) en de probleemdefinitie die zij hanteren (Koppenjan & Klijn, 2004) zijn belangrijk voor het verloop van de samenwerking. In deze paragraaf zal ik kijken naar de rollen, de probleemperceptie en de wederzijdse afhankelijkheid van de verschillende actoren. Hiermee wil ik het krachtenveld in het project 'Excellente Zorg' in kaart brengen. Hierbij zal ik steeds kijken naar de positie van de V&VN, de NPCF en de ziekenhuizen. Daarnaast zal ik binnen de ziekenhuizen onderscheid maken tussen de bestuurders, de HR-managers en de verpleegkundigen. Indien relevant zal ik ook ingaan op de positie van het ministerie van VWS.

Gedurende het proces blijkt dat de samenwerking tussen de belangenverenigingen enerzijds, en de ziekenhuizen anderzijds wisselvallig is verlopen. In de eerste fase was de samenwerking pril en moesten rollen nog bepaald worden. In de tweede fase verliep de samenwerking redelijk soepel, alleen de communicatie en het tijdsfad waren lastig. In de derde fase verliep de samenwerking moeizaam. De ziekenhuizen waren zeer negatief en hadden het gevoel te weinig grip op het proces te hebben. In de laatste fase van het project is de sfeer meer gelaten, de verschillende partijen gaan op eigen houtje verder en hebben elkaar minder nodig. Welke patronen zijn in deze samenwerking te herkennen?

1.1 - Aansturen of volgen? Over de rollen in de pilot.

Verschillende partijen nemen bij samenwerking verschillende posities in (Koppenjan & Klijn 2004). Hierbij is het belangrijk om te kijken naar de rollen die partijen hebben en de manier waarop deze de samenwerking beïnvloeden. In lijn met Berendsen (2007) wil ik rollen in deze scriptie definiëren als "het geheel van gedrag en sociale rechten en plichten dat met een

bepaalde sociale positie of status wordt geassocieerd.” (p. 22). Een rol is niet statisch en individuen of groepen kunnen verschillende rollen op zich nemen.

In het project ‘Excellente Zorg’ wordt de rol van de V&VN en de NPCF vooral gedefinieerd door het feit dat zij de subsidie hebben aangevraagd en in het begin veel invloed hebben in de stuurgroep. Zij hebben het initiatief genomen tot de pilot en presenteren zichzelf als opdrachtgevers. In de beginfase zijn zij bepalend voor de vorm en de inhoud van het proces. Als opdrachtgevers hebben de belangenverenigingen ook de projectleider aangesteld. De V&VN en de NPCF hebben ook een belangrijke rol omdat zij de schakel naar VWS zijn. Zij zijn degenen die direct contact hebben met het ministerie en daarmee ook mogelijkheden voor de toekomst kunnen bewaken en initiëren.

Belangrijk is om te beseffen dat de belangenverenigingen kleine verenigingen zijn en in de gezondheidszorg als geheel een beperkte rol hebben (WRR, 2004: 82). Het project ‘Excellente Zorg’ is een manier om meer invloed te krijgen op de gezondheidszorg. Daarom is het voor hen van groot belang om de rol van aanstuurder en opdrachtgever te behouden.

De rol van de V&VN is gedurende het project actiever dan de rol van de NPCF. De V&VN spreekt soms in vergaderingen en op bijeenkomsten. Als de ziekenhuizen iets geregeld willen hebben, nemen zij contact op met de V&VN. De NPCF blijft wat meer buiten schot; zij hebben de ziekenhuizen niet nodig voor de patiëntenpijler, hechten veel belang aan het wetenschappelijk proces en lijken daardoor soms afwezig te zijn.

De ziekenhuizen hebben met name de rol van de volger en de uitvoerder. Zij leveren de data voor het testen van het meetinstrument en wachten op de resultaten om die in de praktijk in verbeteringen om te zetten. Hiermee voeren zij de plannen uit die de belangenverenigingen maken. Daarin verwachten zij een bepaalde regie vanuit de belangenverenigingen en nemen zij zelf een afwachtende houding aan.

Binnen de ziekenhuizen hebben de bestuurders een terughoudende rol. Vaak is enkel een rechterhand van een bestuurder aanwezig bij de vergaderingen, maar deze drukt geen stempel op het project. Als de ziekenhuizen in beeld komen is dat a) om de totaalvisie en het gehele ziekenhuizen in het oog te houden of b) om het ziekenhuis in bescherming te nemen. Een voorbeeld van dat laatste is dat op het moment dat onduidelijk bleef wat de meerwaarde was van de resultaten, dat de bestuurders ingrepen en beslisten dat totdat er meer duidelijk is, er niets met de resultaten gedaan kon worden.

Binnen de ziekenhuizen hebben de HR-managers de rol van initiator. Het magnet-concept is een HRM-concept; ‘Excellente Zorg’ is in Nederland opgestart door mensen met een HRM-achtergrond. Voorbeeld is het OLVG, waar de directeur HR het project in huis heeft gehaald. Aan de ene kant is dit een mooie en belangrijke verdienste, maar aan de andere kant probeert de afdeling HRM in het OLVG ook niet te dominant te zijn. “Het project draait immers om de verpleegkundigen”. HRM benoemt haar eigen rol als ‘faciliterend’ en ‘begeleidend in het proces’.

De verpleegkundigen zijn degenen waar het om draait, de directe koppeling met de werkvloer en degenen die - mocht het van een implementatieproces komen - er het meest van merken. Historisch gezien, hebben verpleegkundigen geen sterke rol in het ziekenhuizen

(Kruithof, 2005) en hun verenigingen zijn vaak zwak. Deze geschiedenis geeft hun rol als uitvoerders in dit project extra belang.

De ziekenhuizen zijn niet helemaal tevreden met hun rol als uitvoerder. Veel liever zouden zij zelf het project kunnen sturen en vormen. Deze kritiek komt met name naar voren als de ziekenhuizen ontevreden zijn met de manier waarop de belangenverenigingen het project sturen. De bruikbaarheid van het meetinstrument in de praktijk komt veel te weinig naar voren en de ziekenhuizen zien weinig mogelijkheden om daar verandering in te brengen. En daar zit precies de crux: de ziekenhuizen willen meer invloed uitoefenen op het proces, maar zij doen geen actieve pogingen om het heft in eigen handen te nemen. De ziekenhuizen nemen zelf weinig initiatief en soms blijft het gesprek hangen in het klagen over de ander, zonder de hand in eigen boezem te steken.

1.2 - Jouw probleem is niet mijn probleem: over de probleempercepties in de pilot.

Voor een vlotte samenwerking is een gedeelde probleemperceptie belangrijk (Koppenjan & Klijn, 2004). De variatie in rollen is echter net zo groot als de variatie in probleemdefinities.

Voor de V&VN is het tekort aan aandacht voor de verpleegkundige het belangrijkste probleem waarop 'Excellente Zorg' een antwoord moet bieden. Verpleegkundigen verdienen een andere positie in de zorg. Door het ontwikkelen van een meetinstrument hopen zij de verpleegkundige die andere positie te kunnen geven. De NPCF wil daarnaast de kwaliteit van zorg voor patiënten verbeteren. Omdat de verpleegkundige een grote invloed heeft op die kwaliteit, verdient zij extra aandacht. Het belangrijkste voor de NPCF is echter dat de patiënt de focus is van alle zorg.

De ziekenhuizen zien geen problemen, maar mogelijkheden. Verpleegkundigen worden goed behandeld, maar dat kan altijd beter. De kwaliteit van zorg is goed, wat niet wil zeggen dat deze altijd verder kan groeien. Voor de ziekenhuizen is 'Excellente Zorg' vooral een manier om continue verbetering op gang te brengen. Als er al een probleem is voor de ziekenhuizen, dan is dat het toekomstige tekort aan verpleegkundigen. Het zou mooi zijn als de Santeongroep minder last zou hebben van dit tekort doordat zij bekend staan als goede ziekenhuizen door hun deelname aan 'Excellente Zorg'.

Voorals bestuurders en HR-manager denken in termen van verbetering en ontwikkeling. De algemene ziekenhuispraktijk en de tevredenheid van werknemers staat daarbij centraal. Verpleegkundigen in de ziekenhuizen ervaren meer een problematische praktijk. Te weinig collega's op de werkvloer, een te hoge werkdruk en te weinig waardering en belonen zijn reële problemen waarvan zij hopen dat 'Excellente Zorg' een oplossing kan bieden.

Het verschil tussen de probleempercepties van de belangenverenigingen en de ziekenhuizen is op sommige punten opvallend. De belangenverenigingen zien 'Excellente Zorg' als antwoord op een probleem, de ziekenhuizen zien 'Excellente Zorg' als verbetering van een reeds goede praktijk. Voor de ziekenhuizen staat daarbij de praktijk an sich dan ook centraal, h oe deze verbeterd wordt, is minder van belang. Voor de belangenverenigingen is het ontwikkelen van een meetinstrument h et middel om de positie van verpleegkundigen aan te pakken. Deze

diversiteit aan probleempercepties kan kritiek op de samenwerking verklaren, met name in de eerste en derde fasen, in lijn met Koppenjan en Klijn (2004). In de tweede fase, wanneer alle partijen bezig zijn met de data-verzameling, zijn de probleempercepties minder urgent. In die fase gaat het meer om het 'hoe', dan om het 'waarom'.

1.3 - Elkaar nodig hebben: over wederzijdse afhankelijkheid in de pilot.

De Santeon-groep werkt daadkrachtig samen om data te verzamelen en ideeën te bedenken voor verbeterplannen. De V&VN en de NPCF zijn tevreden met de samenwerking met Santeon, in hun optiek heeft ieder zijn taken verricht. Zij hebben de kaders van het project bepaald en de ziekenhuizen hebben data, input en enthousiasme geleverd. De ziekenhuizen zijn over het algemeen ontevredener: zij hebben het idee dat zij het project te weinig hebben kunnen sturen. 'Excellente Zorg' is voor hen te veel over het meetinstrument gegaan en te weinig over de dagelijkse praktijk.

Naast verschillende probleempercepties, is ook de wederzijdse afhankelijkheid een verklaring voor het verloop van de samenwerking. De ziekenhuizen hebben de V&VN en de NPCF nodig voor de projectsubsidie, de wetenschappelijke kennis en de mogelijkheid om een normering in beheer te nemen. De belangenverenigingen hebben de zorginstellingen nodig voor draagvlak en data. In de ziekenhuizen werken de verpleegkundigen, de teamleiders die hen aan moeten sturen en de patiënten die zorg nodig hebben. Ook is er in de ziekenhuizen veel kennis en informatie over verpleegkundige zorg. Er is dus een bepaalde mate van wederzijdse afhankelijkheid, die het verloop van het proces volgens Koppenjan & Klijn (2004: 144) makkelijker maakt. Of zoals in een vergadering in het OLVG wordt gezegd: "Wij moeten het ermee doen, maar zij moeten het ook met ons doen." (19 oktober, 2009).

Maar als je goed kijkt, is er geen sprake van gelijkwaardige afhankelijkheid (Koppenjan & Klijn, 2004: 144-146). De belangenverenigingen hebben de financiële middelen, maar de ziekenhuizen zouden die ook kunnen vrijmaken. En door de bank genomen zijn de ziekenhuizen in het bezit van de productiemiddelen, de competenties om iets te doen aan de kwaliteit van de verpleegkundige zorg en de kennis over verpleegkundige zorg. Het enige dat de ziekenhuizen niet hebben is kennis over methodologie en instrumentaria. Dit betekent dat hoewel de ziekenhuizen voor deze invulling van het project afhankelijk zijn van de V&VN en de NPCF, zij in het algemeen een veel sterkere positie hebben. Op het moment dat de ziekenhuizen merken dat zij de belangenverenigingen niet nodig hebben en de taken zelf misschien wel beter zouden kunnen uitvoeren, ontstaat kritiek op het project.

Voor de samenwerking is wederzijdse afhankelijkheid van groot belang. Op de momenten dat de partijen elkaars meerwaarde niet meer zien (dus waarop de voordelen van diversiteit onduidelijk zijn - Schruijer & Vansina 2007), hapert de samenwerking. In het project is het patroon ontstaan dat de ziekenhuizen op die momenten hun kritiek intern uiten en op zoek gaan naar mogelijkheden om het project zonder de V&VN en de NPCF voort te zetten. Hierin spelen ook de machtsverhoudingen een grote rol, daar zal ik in paragraaf 4 verder op ingaan.

Op het moment dat er kritiek is op de samenwerking en partijen op zoek gaan naar de mogelijkheden om hun eigen weg te volgen, wordt deze niet openlijk besproken. Het lijkt alsof niet alle partijen zich de moeilijkheid van de samenwerking beseffen. Voor Koppenjan & Klijn

(2004) is samenwerking niet iets dat je zo maar even doet. Als de partijen daar niet bij stilstaan, is dit een aanwijzing voor het gebrek aan institutionalisering van de samenwerking. Ook het feit dat de ziekenhuizen nadenken over 'Excellente Zorg' zonder de V&VN en de NPCF is hier een aanwijzing voor. De samenwerking is geen vanzelfsprekendheid geworden en de relevantie is niet voor alle partijen naar voren gekomen. Dat de ziekenhuizen hun kritiek niet openlijk uiten en dat de samenwerking geen vaste vormen aanneemt, werkt gelijkwaardige afhankelijkheid niet in de hand.

II - Het verloop van de besluitvorming als patroon

Het eerste dat opvalt als je gaat kijken naar de besluitvorming als patroon in deze pilot, is dat het lijkt alsof er helemaal geen sprake is van besluitvorming. Alleen de uiteindelijke beslissing - hoe de verschillende partijen het vervolg van de pilot willen inrichten - wordt expliciet benoemd. Gedurende het proces blijkt dat in de voorgeschiedenis van het project cruciale besluiten over de vormgeving van de pilot zijn genomen. Daardoor zijn er in de pilot geen expliciete momenten waarop deelnemers argumenten wegen en op zoek gaan naar de beste beslissing. Het lijkt alsof het project zijn natuurlijke beloop gaat. Maar er worden wel degelijk wegen gekozen en afgesloten, alleen zonder deze als keuze te benoemen.

Hiermee lijkt het procesverloop niet op de rationele, lineaire besluitvorming, er is geen sprake van "reason based choice" (Goodwin, 2004). In navolging van Van der Walle en Bovoid (2007) kan besluitvorming passeren zonder bewust keuzemoment. En als er voorkeuren voor invulling worden uitgesproken, is dat in lijn met March (1994) niet een rationele keuze, maar een samenspel aan interpretaties, meningen en praktijkoverwegingen. De deelnemers hebben geen gezamenlijke waarden en doelen waardoor een puur rationele besluitvorming onmogelijk is. Persoonlijke doelen en ambiguïteit spelen hierin een belangrijke rol, waarin het procesverloop van 'Excellente Zorg' lijkt op Lindbloms (1959) 'muddling through'. Uit de theorie van Lemmens (2003) herken ik dat zaken achteraf worden benoemd als besluit - bijvoorbeeld het uitstellen van de deadline voor het verzamelen van de data - terwijl er gedurende het proces niet 'als besluit' over is gesproken. Sterker nog, in dit voorbeeld hebben de ziekenhuizen gewoon de data niet ingeleverd, dat is iets anders dan besluiten om een deadline uit te stellen.

Voor deelnemers lopen de dingen zoals ze lopen en moet de praktijk gevolgd worden. Ervaringen en gewoonten van deelnemers zijn een belangrijke basis voor de verloop van het besluitvormingsproces. Je communiceert met degene die je het vaakst ziet, je besluit op basis van relevantie voor de praktijk en als je het even niet weet, dan stel je het proces gewoon uit. De beleid-als-praktijk visie (Hupe, 2003) laat zien dat *convenience* een grote rol speelt. Ook de praktijkoverwegingen van Pressman en Wildavsky (1973) zie je terug in 'Excellente Zorg'. Het project wordt uitgesteld als andere projecten meer aandacht vragen en de ziekenhuizen moeten hun verbeterplannen uitstellen als de de resultaten ruim een maand later bekend zijn.

In lijn met Flyvbjerg (2001) handelen de deelnemers naar wat zij denken dat in de praktijk het beste werkt. Er hoeven geen besluiten genomen te worden, "they just do what works" (Flyvbjerg, 2001: 17). Dit is een mogelijke verklaring voor het impliciete verloop van het besluitvormingsproces. Er wordt niet besloten om de deadline voor de zelfevaluatie te verlengen, nee, vier ziekenhuizen leveren hem gewoon te laat in. Er wordt in de zomer van

2009 niet besloten door de ziekenhuizen om de organisatiepijler in te zien en te becommentariëren, nee, men wacht af tot zij bericht krijgen. En pas na drie maanden aan kritiek over de communicatie, de samenwerking en de validiteit wordt een bijeenkomst tussen de belangenverenigingen en de ziekenhuizen georganiseerd. Of zoals een HR-manager zegt: “sommige dingen hebben tijd nodig”.

De projectgroep in het OLVG merkt ook dat er in het project weinig besluiten genomen worden. Vergaderingen worden geregeld afgezegd omdat er “geen nieuws is” (HR- manager). Ook merken deelnemers vanuit het OLVG op het het project veel vertraging oploopt en dat vragen over de toekomstige gang van zaken niet beantwoordt kunnen worden.

Het OLVG moet zelf ook een aantal besluiten nemen, deze gaan met name over de communicatie in het ziekenhuis. Wat daar opvallend is, is dat ook bij deze besluiten niet bewust wordt stilgestaan. Verschillende mogelijkheden en voorstellen worden in de vergadering besproken, maar een keuze blijft uit. Vaak blijkt na een aantal vergaderingen dat de voorzitter of een medewerker communicatie een bepaalde weg in is geslagen.

Het proces van besluitvorming van ‘Excellente Zorg’ verloopt impliciet zonder bewuste afweging van argumenten. Veel besluiten zijn al voor aanvang van het project genomen. Als er een keuze gemaakt moet worden is de ratio van de praktijk leidend.

III - Betekenisgeving als mechanisme

In de derde stap van de procesanalyse staat het achterhalen van mechanismen die ten grondslag liggen aan de patronen in het proces centraal. De patronen in de onvrede van de ziekenhuizen over het proces zijn voor een deel te verklaren door de verschillen in betekenisgeving van de verschillende partijen. In deze paragraaf zal ik ingaan op de doelen en belangen die de deelnemers hebben in het project om het proces en haar uitkomsten te begrijpen.

3.1 - Een gemeenschappelijk doel?

In de analyse van de samenwerking is al opgevallen dat de ziekenhuizen en de belangenverenigingen verschillende probleempercepties hebben. Maar de doelen die de partijen zich stellen, variëren zo mogelijk nog meer. Koppenjan & Klijn (2004) menen dat doelen die individuen en groepen nastreven een grote invloed hebben op hun gedrag. In deze paragraaf zal ik een overzicht geven van doelen die door deelnemers in de pilot worden benoemd en de gevolgen hiervan op het proces. Het moge duidelijk zijn dat mensen en partijen ook meerdere doelen tegelijkertijd voor ogen kunnen hebben. Maar het ene doel vergt soms andere keuzes dan het andere doel.

I - Het ontwikkelen van een meetinstrument.

Zoals reeds meerdere malen naar voren is gekomen is voor de organisatorische projectleiding en de V&VN en de NPCF het ontwikkelen van een betrouwbaar instrumentarium hoofddoel. Pas als het meetinstrument er ligt, kan ‘Excellente Zorg’ gevolgen hebben voor de zorg in Nederland. Het meetbaar en inzichtelijk maken van de manier waarop zorginstellingen met

verpleegkundigen en patiënten omgaan is de focus. De subsidie voor het project is tevens aangevraagd voor het ontwikkelen van een *instrumentarium* op basis waarvan verbeteringen plaatsvinden. De zoektocht naar welke factoren op welke manier van belang zijn, moet een formule voor een excellente kwaliteit van zorg opleveren. Een medewerker van de NPCF: “We zijn bezig met de ontwikkeling van het instrument. Dat is van tevoren ook wel duidelijk aangegeven.”

Maar voor de ziekenhuizen ligt dat toch anders. “Het gaat niet zozeer om het meetinstrument (...) dat meetinstrument hoeft van mij niet zo, dat EOM II kan, maar is niet noodzakelijk.” Voor de ziekenhuizen draait het veel meer om het verbeteren van de ziekenhuizen. Een medewerker van de NPCF: “Ik kan me voorstellen dat een ziekenhuis heel graag excellente zorg wil leveren of wil kunnen zeggen van wij zijn een Excellente Zorg instelling, maar dat is gewoon nu nog een stapje te vroeg. De stap naar verbetering was dan ook niet het doel van de pilot.”

Het ontwikkelen van een meetinstrument lijkt voor het project de kern te zijn, voor de ziekenhuizen slechts een startpunt. De projectleider verklaart: “De doelstelling was het ontwikkelen van een instrument. Dat is voor de zorginstellingen nooit het leukste werk, want in feite doe je iets voor jezelf maar ook voor anderen en daar heb je niet acuut resultaat van.”

II- Het gaat om de het verbeteren van de praktijk door middel van resultaten

Hoe de gegevens worden verkregen is voor de ziekenhuizen dus minder van belang. “Het instrument? Dat is niet zo belangrijk.” Het gaat om de stap daarna, om het feit dat er gegevens zijn die mogelijkheden bieden tot verbetering. De ziekenhuizen, en dan met name de bestuurders en de HR-managers, gaan wel uit van resultaten waar zij resultaat mee kunnen boeken. “Het doel van de pilot is het testen van een instrumentarium, maar veel belangrijker voor het ziekenhuis is: wat gaan we doen met de resultaten? Het gaat om het werk op de werkvloer: “Het concept zelf maakt niet zo veel uit, wat werkt in de praktijk wel.”

De resultaten kunnen leiden tot verandering op de werkvloer, tot beweging in de organisatie: “Je wil een continue verbetercultuur. Excellente Zorg is daar slechts een onderdeel van (VIO, 12 maart 2010).

Het Ministerie van VWS, bij monde van de contactpersoon van het project ‘Excellente Zorg’, schaarst zich daar voor een deel achter: “Het uitgangspunt is de kwaliteit van zorg. Het ministerie is vooral benieuwd naar wat nou werkt, wat voorwaarden zijn waardoor de kwaliteit van zorg kan verbeteren.”

Verpleegkundigen en HR-managers stellen de resultaten voorop omdat zij daar direct mee aan de slag kunnen. Verbetering kan beginnen bij een goede diagnose, maar die diagnose is dan ook enkel het begin. Een verpleegkundige: “Excellente Zorg is een meetinstrument met een verdiepingsslag op de verpleegkundige, meer is het niet. Die inhoud, die moet je er zelf aan geven.”

III- Het op de kaart zetten van de verpleegkundige beroepsgroep.

Het verbeteren van de positie van verpleegkundigen geïnspireerd op het Amerikaanse Magnet-concept is één van de mogelijke concrete invullingen van het boeken van resultaten in de praktijk. Voor de V&VN als belangenvereniging is deze invulling van groot belang: “Vooral

het voor het voetlicht brengen van het belang van de kwaliteit van verpleegkundige zorg is voor mij het doel. Door mijn achterban en het feit dat ik er onvoorwaardelijk in geloof. Ik weet 100% zeker dat het zou kunnen werken en daarbij heb ik ook het geloof in mijn collega's." De manier waarop ze dat doen in dit project, is door middel van het ontwikkelen van een meetinstrument. Verpleegkundigen in de ziekenhuizen leggen een ander accent: "Het gaat niet zozeer om het meetinstrument. Maar wat ik belangrijk vind in deze pilot is het verpleegkundig beroep steviger neerzetten, beter neerzetten, handvatten geven om in de organisatie een duidelijker plek te geven."

Ook de verantwoordelijke bij het Ministerie van VWS zet met name in op de verpleegkundige beroepsgroep: "Het draait echt om de positionering van de verpleegkundige beroepsgroep en het effect op de zorg voor patiënten. Ik ben er bijvoorbeeld van overtuigd dat de verpleegkundige een grote invloed heeft op de patiëntveiligheid. (...)". Verpleegkundigen moeten dus trots zijn op hun beroep en daarop aanspreekbaar zijn.

Een belangrijk gevolg van het feit dat deelnemers iets willen doen aan de professie van verpleegkundigen, is dat er een *cultuurverandering* moet plaatsvinden binnen de beroepsgroep. In de vergaderingen van het VIO (Verpleegkundig Inhoudelijk Overleg) wordt hier geregeld over gesproken: "Het is natuurlijk een bewustwordingsproces." Echter, of daar voldoende aandacht voor is geweest, is de vraag: "Je kan zeggen dat het te weinig is gericht op cultuurverandering en meer is gericht op oké we gaan zorgen dat het instrument er komt en dat die data er komen'. Tegelijkertijd zie je wel die beweging komen, maar als je echt die cultuurverandering wil, zou je eerder die verpleegkundige erbij moeten betrekken."

IV - Leren, ontwikkelen en samenwerken.

Het zit al een beetje in de aard van iedere 'pilot', maar leren en ontwikkelen is een belangrijk doel voor de Santeon-groep. Leren van de resultaten, leren van de weg er naartoe, leren wat de mogelijkheden zijn tot meten, maar voor de ziekenhuizen geldt vooral: "Zorgen dat we van elkaar kunnen leren" (VIO, 15 januari).

Daardoor komt voor de ziekenhuizen het accent meer te liggen op de samenwerking tussen de zes ziekenhuizen binnen Santeon en het ontdekken van de mogelijkheden tot uitwisseling, dan op de pilot van de V&VN en de NPCF. Gedurende de vergaderingen zie je dat de verpleegkundigen steeds meer inhoudelijke informatie met elkaar uitwisselen: welke loopbaanpaden hebben verschillende huizen, welke instellingen doen veel aan verpleegkundig onderzoek, hoeveel verpleegkundigen heb je nodig per bed? Hierdoor raken het ontwikkelen van een instrument en de samenwerking met de V&VN en de NPCF soms buiten beeld. Want het gaat veel meer om de gezamenlijke ontwikkeling, een verpleegkundige: "Er gebeurt wel veel, maar dat doen we zelf, dat is niet dat instrument. De kracht is dat wij het samen doen en elkaar inspireren". Naar mate het project vordert, wordt het inspireren in samenwerking ook als expliciet doel benoemd, een verpleegkundige: "En de kern van het landelijke samenwerking is natuurlijk ook dat je elkaar op kunt zoeken, dat de voordelen van samenwerking heel natuurlijk ontstaan (...) Dat maakt het enthousiasme en de kans van slagen binnen de eigen instelling groter."

Een mooie uitspraak van een verpleegkundige hierbij is: "Wat Excellente Zorg doet is een vliegwiel aanzetten dat zich gaat versnellen." Zo gezien is 'Excellente Zorg' door zijn

ideeën en uitgangspunten een motor, een katalysator, iets dat mensen in beweging zet. Hierbij is het belangrijk dat het concept iets doet. “De kern van ‘Excellente Zorg’ is voor mij dat het een extra drive geeft aan het continue verbeteren”.

Opvallend in deze pilot is dat de ziekenhuizen niet bezig zijn om te leren van de belangenverenigingen. Daarvoor zijn ze te veel met andere dingen bezig en opereren ze, als groep, individueel.

V- De kwaliteit van zorg.

Het verbeteren en ontwikkelen van de zes ziekenhuizen, staat uiteindelijk weer in dienst van een algemeen verbeteren van de kwaliteit van zorg. Deze visie wordt vooral door bestuurders van de ziekenhuizen ondersteund. “De gedachte is dat ‘Excellente Zorg’ een aanjager is van verbetering. Niet de enige en geen verpleegkundige, maar een brede aanjager naar weer een categorie beter, stevig beter.” Voor bestuurders van de ziekenhuizen gaat het juist niet alleen om de verpleegkundige, maar om de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Een bestuurder noemt het risico van suboptimalisatie: “Je loopt het risico van een in zichzelf kerende beroepsgroep, wordt die ineens onderdeel van een breder verhaal, en dan werkt ie wel. Als je goed presterende en zelf relativerende verpleegkundigen hebt, dan wordt het totale zorgproces beter (...) maar een ziekenhuis bestaat al uit hokjes en vakjes. Uiteindelijk ben ik alleen maar geïnteresseerd in dingen die het totaal opbouwen, die integreren, die verbindingen leggen.”

Ook de NPCF vindt de rol van de patiënt in het project heel belangrijk. “Dit project heeft de insteek verpleegkundige - patiënt. (...) En de verpleegkundigen; dat is natuurlijk een enorme doelgroep. Dat is wel een unieke combinatie. De patiënt heeft met niemand zoveel te maken in een ziekenhuis als met een verpleegkundige. En andersom wil de verpleegkundige enorm graag de zorg aan de patiënt geven. In die zin denk ik dat je een bijdrage kunt leveren aan de kwaliteit van zorg.”

Het doel van de overkoepelende kwaliteit van zorg legt een bepaalde spanning bloot in het project ‘Excellente Zorg’. Aan de ene kant is de pilot een vertaling van het Amerikaanse magneetconcept, met name gericht op de verpleegkundige. Aan de andere kant probeert de pilot juist meer te doen. ‘Excellente Zorg’ belooft een extra stap te zetten en ook de ‘kwaliteit van zorg voor de patiënt’ centraal te stellen. Geen wonder dat de eerste naam van de pilot ‘MagneetPlus’ was. Sommige partijen nemen deel aan het project vanwege het ‘magnet’-gedachtegoed, andere juist vanwege de extra stap en de koppeling naar de kwaliteit van zorg.

3.2.2 - Onverenigbare doelen?

Deze grote verscheidenheid aan doelen verklaart deels de lastige samenwerking en de grote verschillen in tevredenheid met het project. Hierbij is het verschil tussen de belangenverenigingen die de nadruk leggen op het meetinstrument enerzijds, en de ziekenhuizen die de nadruk leggen op concrete resultaten die tot verandering zullen leiden anderzijds, opvallend. Het besluitvormingsproces van het meetinstrument ligt volledig in handen van de V&VN en de NPCF. De samenwerking met de belangenverenigingen voor het verbeteren van de praktijk is nog niet tot stand gekomen. De verscheidenheid aan doelen is een indicatie voor verschillen in prioriteiten en keuzes (Koppenjan & Klijn, 2004). In dit

proces werken de belangenverenigingen en de ziekenhuizen soms langs elkaar heen vanwege hun verschillende prioriteiten.

3.2 - Een gemeenschappelijke manier van denken?

Ziekenhuizen, belangenverenigingen, bestuurders, verpleegkundigen en HR-managers hebben dus verschillende doelen in het proces 'Excellente Zorg'. Voor een gedeelte is de verscheidenheid te verklaren aan de hand van verschillende manieren van denken.

Voor de V&VN en de NPCF is 'Excellente Zorg' het antwoord op alle problemen in de gezondheidszorg: "Magnet is het totaalperspectief, zeker nu we de patiënt meenemen. Het is het gehele plaatje, de gehele kwaliteit van zorg." Voor deze totaalvisie kunnen zij zich volledig inzetten, zonder dat zij last hebben van organisatorische beperkingen. De projectleiding: "De ziekenhuizen gaan er natuurlijk ook wel voor, maar daar zitten toch meer bedenkingen hoe het bestuurlijk allemaal ingebed moet worden, hoe er gemanoeuvreed moet worden binnen de Raden van Bestuur, en dat staat soms wel eens haaks op een creatief proces."

Vanuit het idee dat 'Excellente Zorg' zo veelbelovend is, werken de V&VN en de NPCF uiteindelijk toe naar een normering. Ideaaltypisch zouden zij een systeem beheren waarmee zorginstellingen ook daadwerkelijk beoordeeld kunnen worden. "Nou als we echt verder gaan en gaan zeggen dat we de tweede ronde ingaan, dan kan een bredere implementatie plaatsvinden, dan ga je het hele begrip 'Excellente zorg' in Nederland neerzetten. Dat is natuurlijk ook wel uiteindelijk wat de bedoeling is."

Voor de ziekenhuizen is 'Excellente Zorg' echter een van de mogelijke verbetertrajecten. Zoals een verpleegkundige zegt: "Dat zal ook wel inherent zijn aan het proces. De dag door ben je natuurlijk zo volop bezig met je eigen baan en je eigen instelling, en daar maakt 'Excellente Zorg' wel deel van uit, maar de landelijke organisatie en het feit dat je daar deel van uit maakt niet. Dat is ook wel eens lastig om dat goed te combineren."

De keuze om deel te nemen aan de pilot 'Excellente Zorg' sluit voor een ziekenhuis direct ook andere opties uit. "En dan moet je dat maar investeren in die verpleegkundige, ja, nee, we zijn een bedrijf en we moeten keuzes maken. Soms (...) kunnen we niet dat geld daaraan uitgeven. Je kan natuurlijk zeggen al het geld naar de verpleegkundigen, zorg dat ze bepaalde opleidingen kunnen doen. Maar aan de andere kant, waarom moeten we dat niet in onze laboranten stoppen? Of in de ontwikkeling van medische behandelingen, in radiodiagnostische instrumenten? Als bedrijf heb je altijd afwegingen te maken. (...) dit is een belangrijk potje, maar niet het enige potje." (HR-manager, OLVG).

Daarnaast moet 'Excellente Zorg' ook passen bij andere projecten, bij de missie en de visie van het ziekenhuis. 'Excellente Zorg' is een onderdeel van een groter geheel. Dat zie je duidelijk terug in het OLVG. Een HR-manager: "Die discussie hebben we in het begin ook in onze huizen gevoerd. Moet opleiden dan niet onder 'Excellente Zorg'? Moeten loopbaanpaden dan niet onder 'Excellente Zorg'? Is niet eigenlijk alles 'Excellente Zorg'? Nee, 'Excellente Zorg' is iets wat we nu gebruiken, misschien gebruiken we over drie jaar wel weer wat anders." Omdat er verschillende projecten lopen moet de aandacht verdeeld worden. Voor het ziekenhuis is het bijvoorbeeld erg belangrijk dat de vragenlijst van 'Excellente Zorg' past bij

het MTO (Medewerkers Tevredenheids Onderzoek) en dat voor de patientenpijler gebruik wordt gemaakt van bestaande gegevens. Voor het project gaat het erom dat het nieuwe meetinstrument zo valide en precies mogelijk is. De logica van de dagelijkse praktijk is voor de V&VN en de NPCF dan ook minder relevant. Een HR-manager probeert de vinger op de zere plek te leggen: “Dat moet ik zorgvuldig formuleren, maar wij zijn zes verhoudingsgewijs grote en sterke organisaties, wij hebben al lang beleid om excellente zorg te leveren en een excellente werkgever te zijn, we zijn al lang bezig met het beter maken van onze organisaties, daar gebruiken we ook instrumenten bij, voor een deel hebben we dat gewoon. Wij doen nu ook mee met ‘Excellente Zorg’. Voor ons is het een onderdeel.”

Vanuit bestuurders van de ziekenhuizen wordt dit verschil erkend: “Dat is denk ik een ander wezenlijk verschil met de centrale projectleiding, waar nogal eens lijkt te gebeuren dat als je nou maar deze principes volgt, dat het dan een goed ziekenhuis wordt. Volgens mij moet je een heel goed ziekenhuis worden en kun je vervolgens kijken of deze principes je helpen. (...) Scholing is altijd goed, alleen is het veel beter om scholing in te zetten van ‘hoe wilden we ook alweer precies een goed ziekenhuis worden’? En welke scholing heb je dan nodig? Als je dat niet gezegd hebt, gaan mensen best zinnige dingen doen, en worden ze er wel beter van. Maar je hebt niet evenveel winst.”

Daardoor is een certificering of normering voor de ziekenhuizen, zowel voor de bestuurders, HR-managers en de verpleegkundigen, minder van belang. Het staat natuurlijk altijd goed, maar voor hen zijn de normeringen van het NIAZ en TopWerkgever belangrijker, en die hangen al aan de deur.

3.2.2 Onverenigbare manieren van denken?

Voor de belangenverenigingen gaat de logica van het project op, ‘Excellente Zorg’ is de core business, de strategie die Nederland zal wakker schudden. Voor het probleem ‘de kwaliteit van zorg’ en ‘het tekort aan professionele verpleegkundigen’ is ‘Excellente Zorg’ de oplossing. Voor de ziekenhuizen geldt de logica van de praktijk waarbij ‘Excellente Zorg’ één van de verschillende projecten is die binnen de gehele ziekenhuisstrategie vallen. ‘Excellente Zorg’ zou kunnen helpen bij het aantrekken van verpleegkundigen en het verbeteren van de verpleegkundige zorg. Maar dat doen andere projecten ook.

De logica van het project en de logica van de praktijk zijn soms tegenstrijdig. De verschillende manieren van denken van de belangenverenigingen en de ziekenhuizen zijn een indicatie (Koppenjan & Klijn, 2004) voor het vertragen en spaak lopen van het proces. De besluitvorming volgt de logica van het project, terwijl de ziekenhuizen de praktijk een prominente positie willen toekennen. En de samenwerking leveren deze verschillen kritiek en spanning op.

IV- Ratio en het inzetten van ratio in het procesverloop als mechanisme

Naast betekenisgeving kan ook het gebruik en de inzet van rationaliteit patronen in het proces verklaren. Volgens Hodgkinson & Starbuck (2008) staan rationele argumenten centraal in een goed besluitvormingsproces. Volgens Flyvbjerg (1998) zijn ook rationele argumenten uitingen van macht. Welke rol spelen rationaliteit en het inzetten of gebruiken van rationaliteit (“rationalization”) in het proces ‘Excellente Zorg’?

4.1 - Rationaliteit: het gebruik van feiten in het proces

Rationele argumenten, waarbij deelnemers zich beroepen op effectiviteit en wetenschappelijke validiteit, spelen met name een rol bij het ontwikkelen van een valide meetinstrument. Een bestuurder van de ziekenhuizen: “We moeten wel zeker weten dat de spiegel die we onszelf voorhouden, dat die ook klopt.”

De verpleegkundige pijler is een in Amerika gevalideerde vragenlijst. In twee ziekenhuizen is een kleine steekproef gehouden om de vragenlijst ook te valideren in Nederland. De V&VN maakt al snel bekend dat dat gelukt is: de EOM II is ook in Nederland een valide instrument. Daarmee is de verpleegkundige pijler meteen relevant en bruikbaar voor de Nederlandse situatie, met de validiteit daarvan als argument. Als de resultaten net bekend zijn, zetten de ziekenhuizen nog hun vraagtekens bij de betrouwbaarheid. Want sommige vragen zijn eigenlijk niet relevant in de Nederlandse situatie. Ook worden resultaten niet herkend in de dagelijkse praktijk. Het blijkt al snel dat deze vragen niet tot wetenschappelijke zorgen leiden, waarmee de twijfels van de ziekenhuizen snel onder tafel worden geveegd. Het wetenschappelijke argument is hier belangrijker dan de praktische relevantie en bruikbaarheid.

Ook bij de andere pijlers is de wetenschappelijke onderbouwing direct van invloed op de mate waarin de ziekenhuizen de resultaten zullen gebruiken. De patiëntenpijler is door de NPCF gevalideerd. Hoewel verder onderzoek op deelgebieden nodig is, accepteren de ziekenhuizen deze pijler meteen op basis van de wetenschappelijke betrouwbaarheid. Maar van de organisatiepijler blijkt dat deze op geen enkele manier als meetinstrument gebruikt kan worden. In dat geval zien de ziekenhuizen het nut niet van deze organisatiepijler en klinkt de roep om een instrument dat gebaseerd is op slechts twee pijlers. Onnodig tijd, geld en energie besteden aan een zelfevaluatie is voor de ziekenhuizen niet zinvol. Vanwege het gebrek aan wetenschappelijke argumenten, zullen de ziekenhuizen de resultaten van de organisatiepijler vrijwel meteen naast zich neerleggen.

‘Excellente Zorg’ als concept bestaat echter uit drie pijlers *tezamen*. Dat betekent dat er een onderlinge samenhang (correlatie) moet zijn tussen de drie pijlers. In deze pilot blijkt daar echter (nog) geen sprake van te zijn. De ziekenhuizen hadden die ook minder verwacht, dus is het geen onderwerp van gesprek. Maar als er geen verbanden zijn tussen deze pijlers, wat zegt dat dan over de veronderstelling dat er een relatie is tussen de verpleegkundige, de organisatie en de patiënt? Opvallend is dat deze cruciale vraag nauwelijks aandacht krijgt in het project. Hoewel rationele effectiviteit aan de basis staat van het ontwikkelen van het meetinstrument, is zij geen belangrijk element in het gehele proces ‘Excellente Zorg’.

Verder wordt er in het project weinig waarde toegekend aan feiten, wetenschap, onderzoek en effectiviteit. Wel beroepen HR- managers en bestuurders beroepen zich op HRM-theorieën. Zo is wetenschappelijk bewezen dat als medewerkers tevredener zijn en meer regelvermogen hebben, zij meer plezier in hun werk hebben. Daarnaast is gemotiveerd personeel essentieel bij het creëren van een goede werkomgeving. Ideaalbeelden van commitment en je inzetten voor de organisatie, passen hierbij (Perry, 2006, Boyne et al, 1999 & Gould-Williams, 2004).

Drie rationale theorieën hebben een grote autoriteit in het project 'Excellente Zorg': 'Investors in People' (IiP), de 'Value-profit chain' en 'Magnet' zijn voorbeelden van ideeën die door hun bewezen karakter een sterk en legitiem argument zijn. Ik zal ze kort toelichten.

Allereerst de value profit chain, die met name door bestuurders wordt aangehaald: "Het belangrijkste van het project ['Excellente Zorg'] is de value profit chain, als mensen hier goed kunnen werken, dan wordt de kwaliteit voor je patiënten vanzelf beter. Dat is de hele reden om mee te doen. Wat is het doel van je organisatie? Om super patiëntenzorg te leveren. Hoe doe je dat? Dat doen je medewerkers. Hoe zorg je dat zij super patiëntenzorg leveren? Doordat ze goed aan de gang kunnen, in de breedste zin van het woord, vakmatig, kwaliteit, faciliteiten. Vervolgens is het de strijd van alledag om dat waar te maken en dit helpt daarbij." Hier zie je dat een bepaalde filosofie een argument is voor het meedoen aan de pilot en voor het denken in termen van wat verpleegkundigen kunnen bijdragen aan de patiënt en wat een organisatie moet bijdragen aan haar werknemers. Als een maatregel past binnen deze filosofie, ontleent zij daar haar autoriteit aan.

Daarnaast is Investors in People (IiP) zo'n filosofie die uitgaat van het investeren in mensen, het is "een methodiek die organisaties aanmoedigt te investeren in hun mensen" (Vereniging van Samenwerkende Ziekenhuizen, 19 juni 2009). Ook IiP is een argument voor het investeren in de medewerkers van een organisatie, in dit geval in de verpleegkundigen in 'Excellente Zorg'. De gedachte achter IiP en de positieve gevolgen voor de ziekenhuizen komen in vergaderingen geregeld naar voren en dragen bij aan de positief gevoel over 'Excellente Zorg'

Tot slot 'Magnet', dit concept is dé bron van inspiratie, het voorbeeld voor het project 'Excellente Zorg'. In Amerika is haar effectiviteit wetenschappelijk bewezen. In een Magnet Hospital zijn patiënten tevredener, is er minder verloop onder verpleegkundigen en de scoort de kwaliteit van zorg hoog: "Er zijn wel andere ziekenhuizen met andere manieren van denken bezig, dus er zijn meerdere wegen die naar Rome leiden. Maar je hebt er natuurlijk meer aan dat je met elkaar een snelweg naar Rome aanlegt, dan dat het een bospad is."

4.2 - 'Rationalization': het inzetten van ratio als machtsmiddel

Maar deze theorieën zijn geen neutrale rationale argumenten, maar worden ingezet en gebruikt (Flyvbjerg, 1998) en zijn daarmee een machtsmiddel. In deze paragraaf zal ik uiteenzetten hoe ratio wordt gebruikt in het proces.

Zo is 'Magnet' een doorslaggevend argument in het proces 'Excellente Zorg'. Als het 'magnet' is, dan is het goed. "Zoals in Amerika", "we moeten wel bij het gedachtegoed blijven" en "in Amerika draait het echt om de verpleegkundigen" zijn zinsneden die geregeld terugkomen. Uit het Amerikaanse voorbeeld kan lering getrokken worden. Hier worden nauwelijks kritische vragen over gesteld. Het magneetconcept en alle praktijken die hierbij horen zijn zo leidend en worden daarom als vanzelfsprekend aangenomen. "Dat zie je inderdaad in Amerika."

Als het proces even lastig loopt, wordt Amerika dan ook als voorbeeld gebruikt om positieve energie te genereren. 'Daar werkt het, dus wij moeten het ook doen' is een veelgebruikte logica. Magnet wordt ook ingezet om specifieke onderdelen naar voren te brengen. Vaak zijn dit zaken in de Amerikaanse ziekenhuizen, waar mensen veel van

verwachten. 'Ik vind' of 'ik denk' komt nauwelijks voor doordat magneet als autoriteit zo onomstreden is. Zo ook in vergaderingen in het OLVG: "En de verpleegkundigen moeten zich ook laten zien voor de hele organisatie. Dat zie je ook in Amerika."

Daarbij is 'Magnet' een uitgesproken HRM concept. De afgelopen vijf tot tien jaar is de aandacht voor HRM in de zorg enorm gegroeid: "De schaarste aan personeel, het relatief hoge ziekteverzuim en de stijgende loonkosten hebben veel werkgevers bewust gemaakt van het belang van personeelsgerichte maatregelen." (Van Dijk et al., 2004). De HR-afdelingen van de ziekenhuizen varen hierbij. Juist door het toegenomen belang van HR, worden hun theorieën, in dit geval 'Magnet' meer autoriteit toegedicht. Daarnaast gebruikt HRM deze theorieën ook om hun eigen positie en relevantie te benadrukken.

IiP wordt gebruikt om 'Excellente Zorg' mee te vergelijken. De V&VN gebruikt haar om de waarde van het 'Magnet' idee aan te tonen: "Magneet is veel beter dan IiP omdat het veel breder is. IiP is fragmentarisch en gemaakt vanuit HRM perspectief. Magnet is het totaalperspectief, zeker nu we de patiënt meenemen. Het is het gehele plaatje, de gehele kwaliteit van zorg." De ziekenhuizen gebruiken daarentegen haar om het belang van 'Excellente Zorg' niet groter te maken dan het is. Stoppen met 'Excellente Zorg' behoort tot de mogelijkheden, maar "natuurlijk gaan we door met IiP, dus in welke vorm dan ook en met welk label dan ook gaan we verder met excellente zorg- achtige dingen" (bestuurder).

Hier zie je dat rationele ideeën worden ingezet in een machtsspel, direct worden gebruikt om anderen te overtuigen, "rationalization presented as rationality is a principal strategy in the exercise of power" (Flyvbjerg, 1998: 228).

Met name als je nog overtuigingskracht mist, is ratio een krachtig wapen (Flyvbjerg, 1998). De V&VN en de NPCF gebruiken wetenschap en onderzoek dan ook nadrukkelijk in hun argumentatie. In eerste instantie om de noodzaak van het concept 'Excellente Zorg' aan te tonen: "In Nederland zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de redenen waarom verpleegkundigen en verzorgenden het vak verlaten. De drie belangrijkste redenen zijn: slecht leiderschap, een gebrek aan autonomie en een tekort aan professionele deskundigheid. Daarin zie je de belangrijkste aspecten van Magnet natuurlijk terug."

Daarnaast wordt wetenschap, in lijn met Flyvbjerg (2001) ook gebruikt om als organisaties betrouwbaar en professioneel over te komen op de ziekenhuizen. In vergaderingen wordt regelmatig gerefereerd aan de 'expertmeetings met onderzoekers' en 'de ondersteuning vanuit de universiteit'.

Tot slot wordt wetenschap ook gebruikt als een argument om door te gaan met het ontwikkelen van de pilot: "Maar het vraagt eigenlijk nog veel meer onderzoek op basis van de data die we nu verzameld hebben." Het gebrek aan wetenschappelijk bewijs is meteen een reden om opnieuw subsidie bij VWS aan te vragen. En als ze er dan toch zijn, kunnen ze ook meteen subsidie vragen voor het uitbouwen van het project naar meerdere zorginstellingen en het werken aan een normering.

De ziekenhuizen spelen de wetenschappelijke kaart zelden, want de ratio van de praktijk staat voor hen centraal. Er wordt weinig over onderzoek of argumenten gesproken. De praktijk en ervaringen hebben een veel grotere waarde. Vooral voor verpleegkundigen en managers zijn wetenschap en onderzoek toch een ver-van-mijn-bed-show. In het OLVG wordt

weinig waarde gehecht aan wetenschappelijke argumenten en speelt het inzetten van rationaliteit een kleine rol. Voor het ziekenhuis geldt dat wat werkt in de praktijk veel belangrijker is dan wat werkt in theorie.

In het proces 'Excellente Zorg' zijn effectiviteit en wetenschappelijk bewijs argumenten voor het gebruik van de drie pijlers als meetinstrument. Daarnaast zetten de V&VN en de NPCF rationaliteit in om hun standpunt over het voetlicht te brengen. Dit heeft echter geen grote effecten op de ziekenhuizen omdat zij rationaliteit geen grote waarde toekennen. Daardoor speelt rationaliteit geen grote rol in het procesverloop.

V - Macht, strategie en belangen als mechanisme

Het effectief inzetten van rationaliteit kan een belangrijke machtsbron zijn, in 'Excellente Zorg' is dat niet het geval. Maar waar baseren de ziekenhuizen en de belangenverenigingen hun macht dan op? Morgan (1983) benoemt controle over de besluitvorming, kennis & informatie, omgang met onzekerheid, het reeds bezitten van macht en het bezit van netwerken en contacten als belangrijke bronnen van macht. Vanuit dit oogpunt is het interessant om te kijken naar de rol van verschillende partijen en vertegenwoordigers en individuen daarbinnen.

De V&VN en de NPCF hebben macht omdat zij in het begin het project de kaders hebben kunnen scheppen. In de aanloop naar het project waren nog weinig partijen betrokken en heeft de stuurgroep veel invloed gehad. Vanuit deze geschiedenis van macht, in lijn met Morgan (1983) behoudt de stuurgroep macht in het traject. Daarnaast heeft zij macht omdat zij de contacten met VWS onderhoudt. Een belangrijke machtsbron voor de stuurgroep is de kennis en informatie over het ontwikkelen van een meetinstrument. Tot slot kunnen zij als opdrachtgevers de toon zetten in de samenwerking.

De ziekenhuizen hebben in het begin weinig macht en klagen dan over de beperkte invloed en mogelijkheid tot sturing. Maar naarmate het proces vordert verandert dat. De ziekenhuizen hebben namelijk de contacten met en de kennis en informatie over de werkvloer, hebben in de gezondheidszorg juist een belangrijke machtspositie, zijn financieel sterk, hebben zich verenigd. Bovendien, als ziekenhuizen niet geïnteresseerd zijn, dan kunnen de V&VN en de NPCF nog zo'n mooi instrument hebben, maar dan gebeurt er niets mee, daarmee bezitten de ziekenhuizen hindermacht (Bovens, 2004). Daarmee zijn de ziekenhuizen een sterkere partij dan de belangenverenigingen.

Daarbij zijn de ziekenhuizen ook nog eens verenigd binnen Santeon, waardoor ze zaken gezamenlijk kunnen aanpakken. Door zich te verenigen zijn de zes ziekenhuizen een grotere speler op de markt. Zij kunnen nu beter samenwerken met zorgverzekeraars en andere partijen. "Dan kan je ineens een aantal dingen samen doen en je hebt meer macht omdat je groter bent." (Bestuurder).

Binnen de ziekenhuizen heeft de Raad van Bestuur formeel de macht. Zij besluiten over de deelname en het vervolg van 'Excellente Zorg'. HRM heeft een belangrijk aandeel in het project, maar is eerder faciliterend dan machtig. Ook de verpleegkundigen hebben geen machtige positie. Hoewel zij beschikken over kennis en informatie, maken zij geen gebruik van

de mogelijkheden om het proces te sturen. De verpleegkundigen hebben wel een belangrijke rol in het verstevigen van de samenwerking in Santeon-verband. Door de oprichting van het VIO ontstaat een verpleegkundig platform waarin de zes ziekenhuizen met elkaar van gedachten kunnen wisselen.

De belangenverenigingen hebben in dit project een leidende rol. In de gezondheidszorg in het algemeen hebben belangenverenigingen echter een zeer beperkte positie (WRR, 2004: 82). Voor de V&VN en de NPCF is het project 'Excellente Zorg' een manier om meer grip op de ziekenhuizen te krijgen en zichzelf op de kaart te zetten. Zij zouden een betere positie kunnen bereiken door te laten zien dat zij met een gedegen initiatief kunnen komen en zelfs een normering of accreditatie-systeem op hun naam kunnen zetten. De belangenverenigingen willen graag met 'Excellente Zorg' in de publiciteit treden en zij hopen dat zo veel mogelijk ziekenhuizen hún kwaliteitssysteem gaan volgen. In het communicatieplan wordt als doel letterlijk genoemd "positieve publiciteit genereren voor de V&VN en de NPCF" (V&VN, 2010a). Het project 'Excellente Zorg' is dus een manier voor de belangenverenigingen om hun machtspositie te versterken.

Ook de ziekenhuizen zetten 'Excellente Zorg' in om hun machtige positie als ziekenhuizen te behouden en te vergroten door op te treden als één geheel binnen Santeon. Door samen te werken en met één stem te spreken, willen zij hun invloed vergroten en excelleren in een breder veld. Santeon moet dus goed uit het project 'Excellente Zorg' komen om de samenwerking te versterken en zich te profileren als een uitstekende groep ziekenhuizen. Dit excelleren is van speciaal belang voor bestuurders. Als je net iets beter bent dan je concurrent, haal je meer patiënten, werknemers, financiële middelen en waardering binnen.

De V&VN en de NPCF hebben voor 'Excellente Zorg' een projectleider aangesteld om "de activiteiten zoals we bedoeld hadden uit te voeren, daar een planning op te maken en het financieel goed binnen het budget te houden." Hij is in eerste instantie het aanspreekpunt voor de ziekenhuizen voor vragen of problemen. Voor de ziekenhuizen is hij degene die de belangen behartigt van de V&VN en de NPCF tegenover de ziekenhuizen, waarmee hij een persoon met macht is in het proces.

Hij heeft geen directe rol in de besluitvorming, hij is meer een uitvoerder dan een bestuurder. Wel beschikt hij snel over veel verschillende bronnen van informatie. Doordat hij in contact staat met alle partijen die betrokken zijn bij het project, heeft hij een totaalbeeld van de meningen die er leven en acties die worden uitgevoerd. Een spin in het web zijn tussen de verschillende partijen ziet hij dan ook als zijn rol: "Je moet toch wel heel snel kunnen communiceren met de mensen in de instellingen, en tussen de V&VN en de NPCF in, de wetenschappers. Het is toch een beetje mijn rol geweest om dat met elkaar te verbinden."

Potentieel heeft de projectleider dus veel macht. Maar doordat hij niet altijd tactisch kan omgaan met de onzekerheden in het project en zich daarbij positioneert als een man van de V&VN en NPCF blijft zijn rol voor de ziekenhuizen op de achtergrond. Hij regelt dingen, maar is niet in staat om mensen en ideeën bij elkaar te brengen. Hij regelt, maar verbindt niet.

Wel is hij de voornaamste bron van communicatie. Als in februari zijn contract is afgelopen en hij een vergadering van de projectgroep EZ niet kan bijwonen, missen de ziekenhuizen de informatie en de visie van de belangenverenigingen. Schakel, maar geen spil dus.

De ziekenhuisvoorzitter is wel een spil in het proces. Hij is namens de zes ziekenhuizen de initiatiefnemer van het project. Hij leidt de projectgroep EZ vergaderingen. Hij neemt deel aan de stuurgroep namens de Raden van Bestuur van de verschillende ziekenhuizen. Hij heeft geregeld contact met de belangenverenigingen. Hij is de man van de ziekenhuizen: "Ik behartig, namens de zes RvB's de belangen van de zes ziekenhuizen tegenover de V&VN en de NPCF.

De ziekenhuisvoorzitter is degene geweest die de V&VN en de NPCF in Amerika voor het eerst op de samenwerking heeft aangesproken: "Als je heel hard blijft zeggen dat wij er niet over gaan en dat het allemaal van jullie is, dan raak je ons dus kwijt. Dat moet je je realiseren, we moeten wel een beetje samenwerken. Op basis van dat gesprek zijn de ziekenhuizen uitgenodigd in de stuurgroep." Door zijn deelname heeft de interne voorzitter van de projectgroep EZ meerdere mogelijkheden tot controle van de besluitvorming. Kennis en informatie over het project heeft hij doordat hij als eerste betrokken is en krijgt hij omdat veel mensen hem in vertrouwen nemen en zorgen met hem delen. Ook heeft hij veel backstage communicatielijntje met de zes ziekenhuizen via het HR-overleg en de Raden van Bestuur lopen.

Plus, één van de voornaamste redenen waarom hij zo'n spil is, is de manier waarop hij gebruik maakt van onzekerheid en mogelijkheden om in te springen. In Amerika ging hij het gesprek aan over de invloed van de ziekenhuizen op het project. Hij stelde voor om een bijeenkomst over de validiteit te houden. Goed om meer informatie te verkrijgen, maar ook strategisch om te zorgen dat de ziekenhuizen wel aan de slag gaan met de verpleegkundige pijler en niet blijven hangen in de kritiek. Hij is degene die een telefoontje pleegt met de voorzitter van de V&VN, hij probeert op tactische wijze kritische geluiden aan de V&VN en de NPCF over te brengen.

Hierdoor vertrouwen de ziekenhuizen de ziekenhuisvoorzitter, waarmee hij nog meer mogelijkheden krijgt om zijn macht uit te oefenen. Under the stage wordt hij even aangesproken en gaan mensen ervan uit dat als hij zich ermee bemoeit, dingen op hun pootjes terecht komen.

Ook voor de V&VN is hij belangrijk, als het gaat over de projectgroep EZ: "De ziekenhuizen, dat coördineerde [de ziekenhuisvoorzitter]. Hij heeft daar zijn eigen projectgroep voor opgericht en die hebben met elkaar om de tafel gezeten over wat zij moesten doen en om dat de goede kant op te laten gaan." Dus niet de projectgroep van de ziekenhuizen, maar de projectgroep van de voorzitter. De voorzitter is niet per definitie een leider of iemand die snel beslissingen maakt. Zijn macht schuilt juist in het feit dat hij luistert naar alle meningen en daar zijn voordeel mee probeert te doen.

In de pilot 'Excellente Zorg' speelt zich een machtsspel af. Degenen met macht hebben mogelijkheden om het traject bij te sturen. De anderen moeten volgen (Mastenbroek, 1993).

In het begin hebben de V&VN en de NPCF de touwtjes in handen. In de loop der tijd bezetten de ziekenhuizen en de ziekenhuisvoorzitter een steeds belangrijkere positie en weten zij hun machtsbronnen steeds beter in te zetten. De natuurlijke machtspositie in het inzetten van onafhankelijkheid (Flyvbjerg, 1998) zijn hierbij belangrijke factoren.

5.2 - Het uiten van macht in strategie.

De belangenverenigingen gebruiken hun strategische capaciteiten om het project vlot te laten lopen en het meetinstrument naar hun wens te ontwikkelen. Hoewel de ziekenhuizen een machtigere partij zijn dan de belangenverenigingen, zetten zij die macht niet altijd in.

De V&VN en de NPCF zetten hun macht strategisch in op het moment dat zij de ziekenhuizen uitnodigen bij de stuurgroep, na de Amerika-reis. Hiermee nemen zij de onvrede van de ziekenhuizen over de samenwerking serieus. Deze actie valt dan ook in goede aarde bij de ziekenhuizen, zij zien het als een teken dat ze ziekenhuizen serieus worden genomen: [over de stuurgroep] “Er komt schot in de zaak. Zelf heb ik sterk het gevoel dat we veel meer samenwerken, met als doel Excellente zorg”. In de praktijk echter, is de stuurgroep van november 2009 t/m mei 2010 slechts twee keer bijeen geweest, waardoor de mate van invloed van de ziekenhuizen helemaal niet zo veel is gegroeid. De ziekenhuizen protesteren echter niet. Ondanks deze structuurwijzigingen behouden de belangenverenigingen hun posities. De ziekenhuizen zetten hun macht niet in om dit te veranderen.

Op het gebied van communicatie proberen zowel de projectleider als de ziekenhuisvoorzitter strategisch te handelen. Voor het bespreken van alle organisatorische zaken, is eens per maand vergaderen niet genoeg. Daarom ontstaan er verschillende losse lijntjes, die de mogelijkheid bieden tot het uiten van macht. Een twistpunt hierbij is dat het voor de projectleider vaak handig is om direct en snel met de individuele ziekenhuizen te communiceren. Voor de ziekenhuizen is het handiger als alle communicatie van de projectleider via de ziekenhuisvoorzitter gaat. Hij kan dan bepalen wat, op welke manier, met welke personen besproken moet worden. Ook kan hij dan alvast ‘wat voorwerk verrichten’, door kritiek op te vangen of de communicatieboodschap aan te passen. In dit voorbeeld gebruikt de projectleider het argument ‘eenvoudige communicatie’ om meer grip te krijgen op de ziekenhuizen. De ziekenhuisvoorzitter gebruikt het argument ‘eenduidige communicatie’ om meer grip te krijgen op de informatiestromen. In beide gevallen wordt beheersing van tijdige en volledige informatie ingezet als machtsbron (Morgan, 1983).

Dit voorbeeld laat zien dat communicatie nooit neutraal is (Van Twist, 2004). Bovens et al. (2004) laten zien dat communicatie kan gaan om de overdracht van een boodschap in strategische zin. Schruijer & Vansina (2007) benoemen afwezigheid van een open communicatie als één van de voornaamste obstakels van die het succes van interorganisationale samenwerking belemmeren.

Kritiek op communicatie is vaak kritiek op de samenwerking of op het project zelf (Van Twist, 2004). Dat zie je ook in ‘Excellente Zorg’. Kritiek op het project wordt door de ziekenhuizen niet frontstage geuit, maar blijft achter de schermen. Kritiek op de communicatie wordt wel openbaar gemaakt: “de informatiestromen, de compleetheid,

tijdigheid en het afstemmen van de informatie, nou op zijn zachts gezegd [gaat dat] niet altijd even goed en is diffuus. Informatie komt niet op tijd, is onvoldoende afgestemd, etc. Dat is wel echt een minpunt eraan. Daarmee vergoot je het afbreukrisico en dat vraagt heel veel flexibiliteit en incasservermogen van deelnemende organisaties om daarin door te blijven gaan.” (HR-manager).

Voor de belangenverenigingen is het soms ook handig dat de ziekenhuizen niet alles altijd op tijd weten. Als iets als besloten en ingevoerd is, is het niet meer zo makkelijk terug te draaien. Het niet open zijn in je communicatie is ook een uiting van macht en het tonen van een afhankelijkheidsrelatie. De ziekenhuizen protesteren hier echter niet tegen, zij zetten hun macht niet in, maar accepteren hun onvrede.

Ook het uitstellen van de keuze voor een vervolgtraject tot in de zomer van 2010 is een strategische keuze van de V&VN en de NPCF. In de zomer zijn veel mensen op vakantie en is het makkelijk om backstage (Bailey, 1977) van gedachten te wisselen en coalities te vormen. Hoogstwaarschijnlijk komt de projectgroep EZ niet meer voor de vakantie bijeen. Daardoor is het voor Santeon lastig om de krachten te bundelen en een duidelijk standpunt naar voren te brengen. Hierdoor verstevigen de belangenverenigingen hun positie. De ziekenhuizen zijn hier niet blij mee, maar protesteren ook niet.

Intern, binnen de Santeon-groep, laten de ziekenhuizen hun macht wel zien. Tegen het einde van het project (vanaf de derde fase) beseffen zij zich dat zij het project -wellicht zonder meetinstrument - ook zonder de belangenverenigingen kunnen voortzetten. Met name backstage spreken de ziekenhuizen over een vervolg zonder de V&VN en de NPCF. Er is voldoende geld en voldoende enthousiasme binnen de zes ziekenhuizen. Bovendien is het makkelijker samenwerken en afstemmen met minder partijen, én kunnen de ziekenhuizen veel meer hun eigen plan trekken. Of, zoals een bestuurder zegt: “Als V&VN en de NPCF stoppen dan weet ik niet of de zes ziekenhuizen precies datgene gaan doen wat de V&VN en de NPCF denken dat ze nu aan het doen zijn. Liever gezegd, ik weet wel zeker van niet. Aan de andere kant (..) in welke vorm dan ook en met welk label dan ook gaan we verder met excellente zorg-achtige dingen.” Voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het uitzetten van interessante projecten zijn de ziekenhuizen niet afhankelijk van de belangenverenigingen. Een verpleegkundige vertrouwt mij toe: “De meerwaarde van de V&VN en de NPCF, dat weet ik nog niet zo goed.” Hiermee stellen de ziekenhuizen zich onafhankelijk op en kunnen zij de belangenverenigingen ‘dwingen’ de ziekenhuizen er meer bij te betrekken.

De Santeon-groep beseft zich hierdoor haar machtige posities, maar deze macht wordt niet uitgespeeld en twijfels worden niet openlijk geuit. Zodra de projectleider er is en de vergadering dus frontstage is, verandert de toon. Deze wordt zakelijker en afstandelijker. Hierdoor krijgen de belangenverenigingen niet de kans op serieus het gesprek aan te gaan. Aan de ene kant creëren de ziekenhuizen daarmee een machtige positie, maar aan de andere kant is het verder gaan zonder V&VN en NPCF een worst-case-scenario, dat heel onwaarschijnlijk is. Als ik het benoem als dreigementen antwoord een deelnemer “ja, dat hoort er een beetje bij hè?!” [bij iedere samenwerking, ITK].

Daarmee spelen de ziekenhuizen een kat-en-muis-spel waarbij zij hun macht laten

zien, maar deze niet inzetten. Welke effecten dat heeft voor het vervolg van de pilot, dat moet nog blijken. Als de belangenverenigingen en de ziekenhuizen blijven samenwerken, zullen zij elkaar meer als serieuze partners moeten beschouwen (Schruijer & Vansina, 2007).

5.3 - Het hebben maar niet gebruiken van macht.

Hoe is dit patroon, van de machtige ziekenhuizen die hun macht niet uitspelen, te verklaren? In het project 'Excellente Zorg' werken de ziekenhuizen en de belangenverenigingen vaak langs elkaar heen. De belangenverenigingen zijn bezig met het ontwikkelen van een meetinstrument. De ziekenhuizen zijn bezig met het verbeteren van de praktijk. Hiermee lijken ze zich in twee verschillende paradigma's te bevinden. Als beide partijen elkaar nodig hebben, verloopt het proces vlot. Zodra één van beide partijen denkt zonder deze samenwerking beter af te zijn, dan wordt het lastiger. Dat de samenwerking niet openlijk wordt besproken en geïnstitutionaliseerd, versterkt de kritiek. De ziekenhuizen doen echter niets aan de situatie, zij zetten hun macht niet in om deze te veranderen. Dat komt omdat ze te weinig belang hebben bij het laten knappen van de samenwerking. De ziekenhuizen hebben een meetinstrument nodig en kunnen daarna onafhankelijk verder. Welk instrument dat precies is en hoe dat specifiek tot stand is gekomen doet er uiteindelijk niet toe. Hun dagelijkse praktijk is veel belangrijker dan de samenwerking in dit traject. Omdat de mogelijkheden van het meetinstrument 'Excellente Zorg' wel aantrekkelijk zijn, nemen zij een afwachtende houding aan. De kritiek, die uiten ze vooral intern. Daarmee houden de ziekenhuizen het proces in stand: het meetinstrument en de samenwerking met de belangenverenigingen zijn minder belangrijk dan de praktijk en de samenwerking binnen Santeon. Waarom dan ten strijde trekken?



CONCLUSIE

In het project 'Excellente Zorg' werken twee belangenverenigingen en zes ziekenhuizen (de Santeon-groep) samen om een meetinstrument te ontwikkelen, op basis waarvan de ziekenhuizen kunnen werken aan de kwaliteit van zorg voor de patiënt en de arbeidstevredenheid van verpleegkundigen. Deze twee activiteiten - het ontwikkelen van een meetinstrument en het verbeteren van de ziekenhuispraktijk- blijken echter niet zo makkelijk in één project te zijn verweven. De belangenverenigingen en de ziekenhuizen werken in individuele circuits. In het ene circuit worden drie deelinstrumenten (pijlers) ontwikkeld en worden deze wetenschappelijk getest. In het andere circuit werken zes ziekenhuizen steeds nauwer samen en denken zij na over de positie van verpleegkundigen in een ziekenhuis en continue verbetering.

Deze circuits *opereren* bijna onafhankelijk van elkaar. De belangenverenigingen hebben de besluitvorming al voordat de ziekenhuizen beginnen met de deelname aan het project, bijna helemaal rond. Zij proberen door het ontwikkelen van 'Excellente Zorg' meer invloed op de kwaliteit van zorg uit te oefenen. Vandaar dat de wetenschappelijke validiteit van de drie pijlers van groot belang is. De noodzaak van het project wordt door de belangenverenigingen met rationele argumenten onderbouwd. De ziekenhuizen kennen die rationele argumenten weinig autoriteit toe, het draait voor hen immers om de logica van de praktijk. Het maakt dan ook niet uit welk meetinstrument er komt, áls er maar een meetinstrument komt. Het belangrijkste criterium waaraan dat instrument moet voldoen is praktische relevantie. Het instrument moet helpen bij het verbeteren en aansturen van de dagelijkse praktijk. De Santeon-groep vindt elkaar in die doelstelling en gedurende het project wordt deze groep steeds hechter.

Maar de twee circuits *zijn* niet onafhankelijk van elkaar. De belangenverenigingen hebben de ziekenhuizen nodig voor de data en het draagvlak. De ziekenhuizen hebben de belangenverenigingen nodig voor het meetinstrument en de financiële bijdrage van het ministerie van VWS.

De belangenverenigingen hebben de ziekenhuizen echter iets meer nodig dan andersom. Van nature hebben de ziekenhuizen een machtigere positie in de gezondheidszorg dan de belangenverenigingen (WRR, 2004: 82). Zonder de ziekenhuizen hebben de V&VN en de NPCF geen data om hun instrument te testen en geen praktijk om te verbeteren. De ziekenhuizen daarentegen kunnen ook zonder de belangenverenigingen hun kwaliteit van zorg verbeteren. Sterker nog, de samenwerking binnen Santeon levert de ziekenhuizen tijdens het project meer op dan de samenwerking met de V&VN en de NPCF.

In de eerste fase van het project is het voor beide partijen nog aftasten. De V&VN en de NPCF hebben als opdrachtgevers de kaders van het traject al bepaald, waardoor zij een invloedrijke positie creëren. De ziekenhuizen wachten af en leggen zich neer bij de rol van uitvoerder.

In de tweede fase van het project vullen beide partijen elkaar aan. De belangenverenigingen werken aan het meetinstrument, de ziekenhuizen aan de kwaliteit van zorg. Er hangt een positieve sfeer rondom het project 'Excellent Zorg' en verschillen tussen de partijen zijn niet problematisch.

In de derde fase van het project komt de samenwerking binnen de Santeon-groep tot bloei. Ervaringen en projecten worden uitgewisseld, verpleegkundigen uit de ziekenhuizen spreken elkaar iedere maand. Dat is het eerste moment dat de ziekenhuizen zich volledig beseffen dat ze helemaal niet zo veel hebben aan het meetinstrument, maar alleen aan relevante resultaten. Doordat zij veel meer de nadruk leggen op de inbedding van het project in de praktijk, verwijderen zij zich van de belangenverenigingen. Parallel hieraan uiten de ziekenhuizen forse kritiek op het project, de samenwerking en het meetinstrument op zich.

In de laatste fase lijken de partijen meer afstand van elkaar te nemen. De V&VN en de NPCF gaan nadenken over een vervolg, over het verder ontwikkelen van een instrumentarium en de mogelijkheid tot het ontwikkelen van een normering. Voor de ziekenhuizen begint het echte werk dan pas. Op basis van de resultaten, kan de praktijk op de werkvloer beïnvloed worden. In de vierde fase bewandelen de ziekenhuizen en de belangenverenigingen verschillende paden.

In het proces 'Excellente Zorg' zijn twee aparte circuits ontstaan. Het circuit van de ziekenhuizen is echter het circuit van de V&VN en de NPCF blijven volgen. Hoewel de Santeon-groep haar machtsmiddelen had kunnen inzetten om de circuits samen te laten komen, of te laten breken, hebben zij dit niet gedaan. Omdat de mogelijkheden van het meetinstrument 'Excellente Zorg' wel aantrekkelijk, maar niet noodzakelijk zijn, is het voor hen effectiever om een afwachtende houding aan te nemen. Of, zoals een verpleegkundige zegt: "Laat de V&VN eerst maar met iets komen." De ziekenhuizen hebben onvoldoende belangen bij het ingrijpen in de situatie, wat niet willen zeggen dat zij mild zijn in hun kritiek.

Die houding neemt ook het OLVG aan. Het ziekenhuis wacht af tot de resultaten van de 0-meting bekend zijn, voordat zij in actie komen. Op basis van de resultaten kunnen concrete plannen gemaakt worden, tot die tijd bereidt het OLVG zich voor door op de hoogte te blijven van ontwikkelingen binnen het project. De samenwerking binnen de Santeon-groep leeft in het OLVG veel meer dan de samenwerking met de V&VN en de NPCF. Omdat het tijdspad van het project een aantal keer verschoven is, verwacht het OLVG pas na de zomer van 2010 daadwerkelijk aan de slag te kunnen.

In het proces 'Excellente Zorg' hebben de ziekenhuizen en de belangenverenigingen verschillende rollen, machtsmiddelen en manieren van werken. In het proces komen noch de samenwerking noch de besluitvorming echt samen. Doordat de twee circuits onafhankelijk proberen te opereren, maar elkaar wel beïnvloeden, houdt het proces zichzelf in stand. De ziekenhuizen en de belangenverenigingen proberen op hun eigen manier hun eigen doel na te streven. Er is geen harde noodzaak tot geïnstitutionaliseerd samenwerken, maar de belofte van samenwerking blijft in de lucht hangen. Een meetinstrument dat bruikbaar is voor de ziekenhuizen, en in beheer is van de V&VN en de NPCF, zou beide partijen een stap verder brengen. Maar ze focussen niet op gemeenschappelijke belangen, maar op individuele

doelstellingen. En juist omdat die doelstellingen verschillen - en het door de inzet van machtsmiddelen voor beide partijen mogelijk is om in individuele circuits te blijven opereren - zoeken de belangenverenigingen en de ziekenhuizen hun eigen weg.



Boeken en artikelen.

- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nursing Outlook* 50 (5).
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., (2002). Burnout, and Job Dissatisfaction, Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA* 288 (16)
- Aken, van, J. (1994) *Strategievorming en organisatiestructurering. Organisatiekunde vanuit de ontwerpbenadering*. Deventer: Kluwer
- Aptroot, C. (2005). Motie Aptroot. Parlando, Tweede Kamer Database.
- Bailey, F. (1977). *Morality and Expediency*. Oxford: Basil Blackwell.
- Bekkers, V. (2007). *Beleid in beweging*. Den Haag: LEMMA
- Bovens, M., 't Hart, P., & Va Twist, M. (2004). *Openbaar bestuur. Beleid, Organisatie en Politiek*. Kluwer.
- Berendsen, L. (2007). *Bureaucratische Drama's*. Retrieved on octobre 1st, from: www.bureaucratischedramas.com
- Berendsen, L. (2008). Voor- en nadelen van participeren bij organisatieonderzoek. Een casus van managers en verzekeringsartsen. *Kwalon* 38, 13, 2
- Bogaert, van, P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulenmans, H., Heyning, van de, P. (2009). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: Development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies* 46 (1).
- Boonstra, J. (2004a). *Organiseren en communiceren*. Sioo. Retrieved on November 26th from: http://www.sioo.nl/upload/artikelen/16_artikel_document.pdf
- Boonstra, J. (2004b). *De dynamiek van verander- en leerprocessen binnen organisaties* Sioo. Retrieved on November 26th from: http://www.sioo.nl/upload/artikelen/18_artikel_document.pdf
- Bovens, M., 't Hart, P., & Van Twist, M. (2004). *Openbaar bestuur. Beleid, Organisatie en Politiek*. Kluwer.
- Boyne, G., Poole, M., Jenkins, G. (1999). Human Resource Management in the Public and Private Sectors: An Empirical Comparison. *Public Administration* 77 (2).
- Buchan, J. (1994). Lessons from America? US Magnet Hospitals and their Implications for UK Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 19 (1).
- Buchan, J. (1999). Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing* 30 (1).
- Buchan, J. (2004). What difference does ("good") HRM make? *Human Resources for Health* 2004 (6).
- Burnes, Bolton, L., Goudenough, A. (2003). A Magnet Nursing Service Approach to Nursing's Role in Quality Improvement. *Nursing Administration Quarterly* 27 (4).
- Certo, S., Conelly, B., & Tihanyi, L. (2008). Managers and their not-so rational decisions. *Business Horizons*, 51, 113-119.

Cohen, D., March, J., & Olsen, J. (1972). A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly* 17 (1).

Dijk, van, H., Derks, M., & Ott, M. (2004). Aandacht voor HRM in de zorg loont. *ZM Magazine* 2004 7.

Fehse, K.I.A. (2002). *The role of organisational politics in the implementation of information systems: Three casus in a hospital context*. Fehse, K.I.A. Printing: Print Partners Ipskamp.

Fine, G., Morril, C., Surianarain, S. (2007). *Ethnography in Organizational Settings*. Conference Paper, retrieved on November 17th, from: [www.law.berkeley.edu/.../Fine,%20Morrill,%20and%20Surianarain%20-%20Org%20Ethnography%20\(2008\).pdf](http://www.law.berkeley.edu/.../Fine,%20Morrill,%20and%20Surianarain%20-%20Org%20Ethnography%20(2008).pdf)

Fineman, S., Gabriel, Y. (1998). *Organisaties Ervaren*. Buren: Thema, bedrijfswetenschappelijke en educatieve uitgeverij.

Flyvbjerg, B. (1998). *Rationality and Power*. Chicago: The University of Chicago Press.

Flyvbjerg, B. (2001). *Making Social Sciences Matter*. Cambridge: Cambridge University Press.

Goodwin, P., Wright, G. (2004). *Decision Analysis for Management Judgement*. London: John Wiley & Sons, Ltd.

Gould-Williams, J. (2004). The Effects of 'High Commitment' HRM-practices on employee attitude: the views of public sector workers. *Public Administration* 82 (1).

Hajer, M. (1989). Discours-coalities in politiek en beleid: de interpretatie van bestuurlijke heroriënteringen in de Amsterdamse gemeentepolitiek. *Beleidswetenschap* 1989 3.

Hosking, D., Van Haar, D. (2004). Evaluating Appreciative Inquiry: a relational constructionist perspective. *Human Relations*, 57 (8).

Have, ten, P. (1999). Ethnografie. In *Inleidende teksten met suggesties en overwegingen over kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Retrieved on November 3rd, from: <http://www2.fmg.uva.nl/emca/EGF.htm>

Have, ten, P. (2002). The notion of member is the heart of the matter. On the role of membership knowledge in ethnomethodological inquirt. *Forum Qualitative Social Research* (3) 3.

Hodgkinson, G., Starbuck, W. (2008). *The Oxford handbook of organizational decision making*. Oxford: Oxford University Press.

Ichinowski, C., Kochan, T., Levine, D., Olson, C., Strauss, G. (1996). What works at Work. *Industrial relations* 25 (3).

Koopman, P., Pool, J. (1997). *Management en besluitvorming in organisaties*. Assen: van Gorcum.

Koppenjan, J., & Klijn, E. (2004). *Managing uncertainties in networks*. London: Routledge.

Kramer, M., Schmalenberg, C. (1991). Job Satisfaction and Retention. *Nursing* 21 (4).

Kramer, M., Schmalenberg, C. (2004). Essentials of a Magnetic Work Environment. *Nursing* 34 (6).

Kramer, M., Schmalenberg, C. (2008). The Practice of Clinical Autonomy in Hospitals: 20.000 Nurses Tell Their Stories. *Critical Care Nurse* 28 (6).

Kruithof, K. (2005). *Doctors Orders*. Nieuwegein: Badoux.

Lemmens, N. (2003). *Facility services in Nederland. Kwaliteit van de professionele dienstverlening*. Utrecht: Lemma.

Lindblom, C. (1959). The Science of "Muddeling Trough". *Public Administration Review* (19) 2.

Mandell, M., Keast, R. (2009). A new look at leadership in collaborative networks; process catalysts. In: Raffel, J., Leisink, P., & Middlebrooks, A. (2009). *Public Sector Leadersip. International Challenges and Perspectives*. Cheltenham: Edward Elgar.

March, J. (1991). How Decisions Happen in Organizations. *Human-computer Interaction* 6.

March, J. (1994). *A Primer On Decision Making. How Decisions Happen*. New York: The Free Press.

Martin, J. (2002). *Organizational Culture. Mapping the terrain*. London Sage Publications.

Mastenbroek, W. (1993). *Macht, organisatie en communicatie*. Heemstede: Holland Business

Morgan, G. (1986). *Images of Organization*. Toronto: Sage Publications Publications.

McClure, M.L., Poulin, M., Sovie, M. & Wandelt, M. (1983). Magnet Hospitals: Attraction and Retention of *Professional Nurses*. American Academy of Nursing Task Force on Nursing Practice in Hospitals. Kansas City, MO: American Nurses Association.

McClure, M., Hinshaw, A. (2002). Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses. Washington, DC: American Nurses Publishing.

Pattigrew, A. (1997). What is a processual analysis? *Scandinavian Journal of Management* 14 (4).

Peet, van der, R. (2008). Magneetinstellingen: iets voor Nederland? *Tijdschrift voor verpleegkundigen* 2008 (1).

Pressman, J., Wildavsky, A. (1973). *Implementation*. Berkely: University of California Press.

Schipper, F. (1993). *Zin in organisatie. Een filosofische beschouwing over organisatiecultuur en rationaliteit*. Amsterdam: Boom

Schruijer, S., Vansina, L. (2007). Samenwerkingsrelaties over organisatiegrenzen. *Management en Organisatie* 2007 (3/4).

Simon, H. (1976). *Administrative behavior: A study of decision-making processes in administrative organization* (3rd ed.). New York: Free Press.

Twist, van, M. (2000) Organizing accountability: from best practices to dilemmas is design. In: Wagenaar, H. (eds). *Government Institutions: Effects, Changes and Normative Foundations*.

Twist, van, M., Van Der Steen, M., Peeters, R. (2008) Vormgeven aan de strategiefunctie bij de overheid. *Tijdschrift voor Management & Organisatie* 62 (1).

V&VN (2009). *Magnet Hositals: op weg naar excellente zorg*. Publicatie vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland.

Vos, C., (2009). Een magneet voor verpleegkundigen. *Volkskrant* 13 februari 2009.

Walle, van der, S., & Bovoid, T. (2007). *Making better use of information to drive improvement in local public services. A Report for the Audit Commission*. Birmingham: Institute of Local Government Studies School of Public Policy University of Birmingham. Kluwer Academic Publishers.

Walraven, G., Erp, van, S., & Knegtel, M. (2002). *Beleid komt niet vanzelf. Gemeentelijk gezondheidsbeleid in Noord-Oost Brabant*. Retrieved on November 17th from: www.hetpon.nl/pdf/02-22.pdf

Weber, M. (1978). *Bureaucracy*. Berkely, Los Angeles, London: University of Carolina Press.

Weiss, C. H., & Bucuvalas, M. J. (1980). *Social science research and decision-making*. New York: Columbia university press.

Wesseling, H., Van Twist, M. (2006). *Innoveren en besturen. Openbaar bestuur april 2006*.

WRR (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Retrieved on June 21st, from: <http://www.wrr.nl/content.jsp?objectid=2404>

Interne documenten.

Kampen, van M. (2010a). Notulen vergadering projectgroep EZ 12 maart.

Kampen, van M. (2010b). Notulen vergadering projectgroep EZ 9 april

Lambregts, J. (2009a). Memo 26 oktober 2009

Lambregts, J. (2009b). Memo 27 november 2009

Schouten, A. (2009a). Memo 23 augustus

Schouten, A. (2009b). Memo 15 oktober

Schouten, A. (2009c). Memo 13 november

Schouten, A. (2009d). Memo Communicatie: 17 november 2009

Schouten, A. (2009e). Memo voor Raden van Bestuur: 27 november 2009

Schouten, A. (2010a). Memo voor Raden van Bestuur: 12 februari 2010

Schouten, A. (2010b). Update Excellente Zorg: 25 februari

Schouten, A. (2010c). Brief aan de V&VN en de NPCF over bijeenkomst validiteit: 18 maart 2010

Schouten, A. (2010d). Memo 26 april.

Suijkens, M. (2009). Memo: Concept Projectplan Magneet 19-10-2009

Samenwerking van Verenigde Ziekenhuizen (2009, 19 juni). Update MTO/liP en Kick off Magneet+.

OLVG (2010). Jaarplanning VSC 2010: Verpleegkundige Kwaliteit en Professionaliteit.

V&VN, NPCF (2009). Handboek Excellente Zorg. Zorginstellingen die zich onderscheiden.

V&VN, NPCF (2010a). Slotconferentie Excellente Zorg.

V&VN, NPCF (2010b). Communicatieplan Excellente Zorg.